

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Susana Marqués Andrés

Directora

Esperanza Rayón Valpuesta

Madrid, 2014



FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA
Y PODOLOGÍA
Departamento de Enfermería

Tesis Doctoral

“EL SUFRIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES
DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA”

Susana Marqués Andrés

Dirigida por:

Profª Dra. Dña. Esperanza Rayón Valpuesta

Profª Dra. Dña. Cristina García Vivar

EL SUFRIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA

RESUMEN

OBJETIVOS. Un objetivo de esta tesis/investigación es determinar la existencia del sufrimiento en los adolescentes con trastorno de conducta, estableciendo qué se produce antes, el sufrimiento o el trastorno. Por otro lado, interesa conocer el significado del sufrimiento para estos adolescentes, cómo se posicionan ellos al respecto del mismo. Finalmente desarrollar una teoría sustantiva, explicativa del fenómeno del sufrimiento en los adolescentes con trastorno de conducta.

Como objetivos específicos establecimos el llegar a conocer las dificultades familiares y escolares, sentidas o vividas por los adolescentes, encontradas durante el tiempo previo al desarrollo del TC. También analizar los diferentes tipos de relaciones que se establecen en las familias de estos adolescentes. Por otro lado, explorar cómo afrontan el sufrimiento estos adolescentes y qué medidas son interpretadas por ellos como tales. Finalizamos por conocer la repercusión sobre la vida del adolescente el contacto con los servicios de salud mental.

JUSTIFICACIÓN. La adolescencia como etapa condicionante del desarrollo humano, no tiene establecido un límite etario único, caracterizada por múltiples transformaciones físicas, psíquicas y sociales que han de integrarse para posibilitar la

inserción social como persona adulta y autónoma. Repasando las características de este desarrollo, pueden destacarse, entre otros, la hegemonía del individualismo, la satisfacción inmediata de los deseos, la ruptura de la temporalidad de la experiencia recién vivida como hecho pasado y superado, la imposición de la imagen y el vaciamiento de la palabra, así como la búsqueda perpetua del bienestar por encima de todo.

El eje de la investigación es el sufrimiento de estos adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta. En la revisión bibliográfica realizada para tal fin no se ha encontrado bibliografía específica respecto al sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta. Esta es la aportación que se realizará en esta tesis. La revisión ha permitido ver el sufrimiento en el ámbito sanitario, pero en otras patologías, otras circunstancias y en otras edades. En la búsqueda se han encontrado y seleccionado trabajos de reflexión tanto como de investigación, en distintas localizaciones geográficas. En ellos hay una elaboración del conocimiento relacionado con el sufrimiento, los influjos sociales, culturales, religiosos y filosóficos. Algún estudio incluso, en un intento de demostrar teorías explicativas del trastorno de conducta, incurren en confirmar con mucha voluntad lo que los datos aún no pueden demostrar.

El sufrimiento sigue ocultándose en espacios íntimos, no es reconocido socialmente, se torna cada vez más molesto; no es compartido ni ritualizado. Pero la tozudez de la realidad devuelve la inevitabilidad del sufrimiento. Más aún cuando existen situaciones difíciles de afrontar, donde hay negación de emociones o falta de identificación de las mismas, dando lugar a interacciones problemáticas, atendiendo a aspectos diferentes y alejados de la concienciación y el entendimiento de lo que está ocurriendo. Además, el sufrimiento ajeno expone a los profesionales al análisis y la admisión de los temores propios, la vulnerabilidad y los límites personales.

Atender el sufrimiento supone recordar que éste no afecta a la mortalidad, pero influye en diferentes aspectos de la vida, tales como la calidad, el bienestar, las expectativas, los recuerdos, la motivación y el aprendizaje, todos ellos procesos de gran influencia sobre

la propia vida. De aquí la importancia de su detección, tanto como la de ayudar a suavizarlo

El trastorno de conducta es un problema psicosocial de rápido crecimiento, con una prevalencia estimada entre el 4 y el 18%, según los manuales utilizados y las versiones diferentes. El trastorno de conducta se constituye por conductas externalizantes, mostradas tanto en actitudes como en actuaciones hacia las personas y las cosas. Se clasifica dentro de los trastornos por comportamiento perturbador y tiene consecuencias tanto para el propio adolescente como para su entorno. Se han estudiado múltiples factores de riesgo, desde características personales a las familiares y sociales. Y no escapa del cuestionamiento al influjo de la familia y viceversa. Sin embargo, el sufrimiento como aspecto condicionante del trastorno no está estudiado, y por tanto, no existe una comprensión profunda del fenómeno del sufrimiento y su influjo sobre la conducta.

Es un problema que requiere detección e intervención tempranas para hacer estas últimas más eficaces, dada la carga asistencial que con el trastorno se está asumiendo. Sin embargo, la complejidad de la detección radica en la consideración de “normalidad” de tales comportamientos, pues muchas veces son conductas adaptadas, persistentes y repetitivas a las exigencias del entorno, cuando el entorno resulta complicado y se violan los derechos básicos de los otros, o importantes normas sociales adecuadas a la edad de la persona.

Intuitivamente es posible afirmar que estos adolescentes sufren, aunque en principio no lo identifiquen ni lo nombren así. Su comportamiento demuestra desesperación, aislamiento, soledad, confusión, desorientación, sentimiento de rechazo, etc. Hacen lo que pueden y saben, traduciendo sus emociones de miedo o ira en agresividad. Obtienen de esta forma la atención y dedicación que no obtienen con las conductas más adecuadas. Pero el juicio negativo obtenido de los demás, se traduce en interacciones de abierto rechazo. No se ha llegado a indagar entre los propios adolescentes, ni en primera persona, ni el sufrimiento que implica o supone llegar a esta condición. Y el sufrimiento queda silenciado y apagado por las actitudes de rechazo que genera la forma de hacer de

los adolescentes con trastorno de conducta. Es el momento de preguntarse ¿qué es antes el sufrimiento o el trastorno de conducta? ¿Cómo entienden ellos el sufrimiento? ¿Qué significados dan al sufrimiento? ¿Cómo se posicionan respecto al sufrimiento y al trastorno de conducta?

Las intervenciones realizadas hasta el momento apuntan resultados no demasiado positivos. Algunos incluso han resultado bastante perjudiciales. De aquí radica la importancia de diseñar cuidadosamente programas de atención y extremar el cuidado con el uso de medicamentos.

METODOLOGÍA. La práctica de la enfermería dirigida a las respuestas humanas obliga a incidir en el aspecto asistencial además de educativo, a fin de atender, mostrar y enseñar respuestas saludables alternativas a la enfermedad. Esta práctica comparte una lógica racional y científica postulada en el positivismo, que mide los hechos de las personas. Pero también participa con otra que no se limita a aquella y se integra en los modelos socioculturales de la conducta humana, más susceptible a la descripción de los fenómenos, pensamientos, emociones y actuaciones intencionadas en análisis cualitativos detallados y profundos de las formas de manifestación de las conductas humanas.

La presente investigación se trata de un estudio cualitativo de teoría fundamentada, porque resulta útil para conocer el mundo de las personas. Se ha realizado en distintas unidades de psiquiatría infanto-juvenil de Bilbao. La razón para utilizar la teoría fundamentada, y no cualquier otra aproximación cualitativa, radica precisamente en su mayor y mejor adaptación al estudio de los procesos, como tales evolutivos, con cambios, interacciones y adaptaciones que dan lugar a respuestas variadas. Afrontar por tanto los procesos desde la objetividad de los datos más básicos, posibilita adquirir la comprensión, amplia y desde su origen.

La teoría fundamentada se caracteriza por ser inductiva, partiendo de los datos emergen los significados con los que se realiza las posteriores teorizaciones. Otra característica que la distingue es ser simbólica porque utiliza el conjunto de símbolos que constituye el lenguaje con el que las personas se comunican. Además, la teoría fundamentada interpreta la realidad observada, captando y desvelando el sentido que las personas investigadas atribuyen a los diferentes símbolos a partir del análisis también de las diferentes interacciones sociales que se establecen. Finalmente la teoría fundamentada es constructivista al sustentarse en la construcción específica y local de las distintas realidades que aportan las personas a las que se investiga.

La pertinencia de la investigación cualitativa se justifica con cuatro consideraciones. En primer lugar, considerar la intangibilidad del sufrimiento. La dificultad para identificar el sufrimiento al no existir una definición única, parámetros biológicos que lo demuestren o existencia de competencia profesional para su detección y ayuda. La última consideración es dudar sobre si el trastorno de conducta genera el sufrimiento o se produce al contrario.

Tres informantes derivaron a los adolescentes para participar en el estudio. Los adolescentes debían tener entre 13 y 18 años y estar diagnosticados de trastorno de conducta, o tener más años (rango de 19 a 22 años) y haber estado tratados en alguna unidad de psiquiatría infanto-juvenil del área de influencia en las edades establecidas anteriormente.

Los criterios de inclusión están constituidos por los siguientes puntos. La participación era totalmente voluntaria, con posibilidad de abandonar en cualquier momento y que los padres permitieran la participación, en el caso de los menores de edad. Debían tener igualmente capacidad para mantener una conversación, entenderla y explicarla.

Por el contrario, los criterios de exclusión contemplan la situación de ingreso, por encontrarse en una situación emocionalmente crítica; por otro lado, la dificultad cognitiva que impida mantener una conversación y que no acepten participar.

La recogida de datos y su análisis se hizo de forma concurrente, siguiendo postulados de la teoría fundamentada, estableciendo comparaciones constantemente para contrastar los datos y avanzar en la búsqueda y obtención de resultados. El muestreo teórico orientó este desarrollo, siendo la saturación teórica de los datos la que determinó la salida del campo de trabajo. Se logró con 15 adolescentes, que constituyeron la muestra, a los que se realizaron 25 entrevistas en profundidad y observación durante las mismas.

Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica para la recogida de datos, que requirió de la creación de un clima de confianza, permiso para la expresión emocional e intimidad. Se iniciaba con una pregunta mu y abierta, subrayando el conocimiento del adolescente, con el fin de determinar la existencia de sufrimiento, obtener el sentido y los significados dados por el adolescente a este. La duración de la entrevista osciló entre 60 y 90 minutos. Cuando había más contenido se repetía el encuentro.

El análisis de los datos estuvo asistido con la utilización del programa de gestión de datos cualitativos, N-Vivo, versión 9. El control de la calidad científica de la investigación se observó a partir de los cuatro criterios de Lincoln y Guba: Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad, equivalentes a los criterios cuantitativos de verdad, aplicabilidad consistencia y neutralidad.

Las consideraciones éticas contempladas han perseguido respetar la autonomía, intimidad y confidencialidad.

RESULTADOS. La categoría central “*Pasar mal*” y cinco categorías principales fueron emergiendo de los datos. Muestran la influencia de la experiencia descrita por los adolescentes en la *infancia ausente*, como época de la vida que añoran a partir de la renuncia parental en los momentos cruciales del desarrollo emocional del niño que les lleva a sentirse solos porque nadie a suplido las ausencias. Así desarrollan la vulnerabilidad en la que se sumen al sentirse diferentes como consecuencia de aquellas

ausencias y sensación de soledad; suelen ser el foco de acoso entre sus pares y asumen situaciones distintas al compararse con sus compañeros. Aprenden a sentirse impotentes y movilizan estrategias inoperantes con las que se muestran sumisos a los abusos. Estas situaciones se muestran alejadas del autorrespeto y no producen un adecuado crecimiento de la autoestima. En esta situación, se ven obligados a hacer una salida rápida de la infancia hacia los 10 años, viéndose obligados a evolucionar y valerse por sí mismos más rápidamente, tomando decisiones por sí mismos, con sus propios recursos. Es la época de la autoafirmación, donde subrayan la adaptación a la soledad y la reivindicación de su independencia, aunque muchas veces se sienten prisioneros en su edad por no poder conseguir dicha independencia.

Así van entrando en las *relaciones parentales complejas*, proceso que se inicia con los padres suplentes. Estos pueden ser los hermanos mayores, las tías o, habitualmente, las abuelas. Este tipo de relaciones coincide con los momentos críticos de cambios vitales de los adolescentes: infancia, adolescencia y juventud temprana. Demuestran las diferencias que se van dando a través de los cambios paulatinos. Progresivamente hay una desvinculación del adolescente de su familia, centrándose en sí mismos y focalizándose en sus amigos, ahondando en su individuación. Llegarán progresivamente a la solución de tales relaciones, a medida que la adolescencia apunta hacia su final. En ella recapitulan, ordenan, recogen los aprendizajes y centran su idea nuevamente en la familia, pero ahora ya con elaboración propia.

En todo este proceso existe una forma clara de *manifestar* el sufrimiento en todas las facetas de su vida, familia, amigos y compañeros, profesionales. Muestran unas emociones concretas que prevalecen, por un lado el miedo y la impotencia. Por otro la rabia, el resentimiento y la agresividad. Muestran dificultades diversas, sobre todo con los estudios por la desmotivación y el aburrimiento acompañante que les empuja a refugiarse en aquello que les gusta, con lo que se evaden de su realidad y les centra en sus aficiones; la calle se convierte en su mejor y mayor escuela. Con todo ello parece que insisten en la necesidad de tener y/o buscar apoyo y pueden ser estos los indicadores del inicio de un problema.

De esta forma llegan a *concienciarse del sufrimiento*, saben y asumen lo que les ocurre. Van estableciendo *comparaciones* con sus iguales y *argumentándolas* se ven reflejados en su realidad, también diferente. Unas veces sobreprotegidos y otras al revés, en definitiva los adolescentes se ven no reconocidos en sus necesidades ni en sus posibilidades. Pero van *retrasando la identificación del momento* porque la realidad cuesta afrontarla por el sufrimiento que acompaña al reconocimiento; experimentan así una especie de frialdad emocional con la que enmascaran su confusión y su incertidumbre. Establecen una inercia de enfrentamiento al riesgo para poder sentir algo distinto. Paulatinamente van *elaborando estrategias para poder afrontar* su sufrimiento, su situación. Lo pueden hacer en dos formatos, a través de la evitación o a través del afrontamientos. Ambas formas expresan dolor y reactividad emocional.

Finalmente, aprenden a *suavizarlo* en el momento que han hecho todo el recorrido de autoanálisis y autocrítica, cuando son más mayores y han afrontado muchas dificultades y han superado muchas de las pruebas impuestas por la vida. Han encontrado estrategias que les ha ayudado a canalizar y apaciguar la rabia y la ansiedad, tienen cierta seguridad personal. Ahora critican a las opciones ‘locas’ elegidas para aplacarse y huir del sufrimiento, considerándolas una gran ‘chiquillada’ con arrepentimiento.

Los diferentes momentos para *suavizar el sufrimiento* reflejado se reflejan en “*Yo sólo pienso en el presente*”, a partir de un código in vivo. Incluye el reconocimiento de la desmotivación por los estudios, el reconocimiento de la intensidad con la que han afrontado la vida pasada y el resentimiento acumulado hacia todos y todo. Con ello han aprendido buscando alternativas, avergonzándose y cambiando, a partir de las *ganas de vivir* expresadas en sus relatos, manifestando su voluntad por seguir a delante, luchando ante las dificultades por encima de todo.

“Pasar mal” es la representación que resume, muestra y significa lo que ha sido su vida para los adolescentes con trastorno de conducta. La sobreprotección, la desatención y la añoranza, se imbrica con el sufrimiento para dar paso al TC entendido como forma de expresar el malestar de la vulnerabilidad y de conjurar el “Pasar mal”. Parece pues que el sufrimiento es el antecedente que orienta hacia la conducta que manifiestan estos

adolescentes. En este sentido Schenetti en su investigación sobre el sufrimiento cotidiano de los niños, observa algo similar a lo que han demostrado los adolescentes de nuestra investigación. Lo expresan en forma de rebeldía, como oposicionismo o negativismo, en una defensa ante sus debilidades internas. En este sentido apunta cómo muchas formas de ‘sufrimiento menor’ están causadas por un déficit de comunicación dentro de la familia y en el entorno social inmediato y amplio. Los niños desconocen en palabras, y a veces no aprenden a expresar, las emociones; incluso a veces consideran inútil expresarlas, sobre todo en contextos donde no se sienten escuchados ni comprendidos, aunque pueda parecer una paradoja. Algunos de los relatos han refrendado esta afirmación.

A partir de la categoría central se desarrolla una teoría sustantiva con la pretensión de explicar la vivencia de los adolescentes; en concreto el sufrimiento de los adolescentes con TC, cómo lo entienden ellos y de qué forma lo explican para llegar a desarrollar un TC. A partir de los datos, es posible afirmar que hay responsabilidad en el sufrimiento para que se produzca el trastorno. Ciertamente es que hay muchos más factores, tal y como lo ha destacado la revisión bibliográfica, pero éste no estaba explorado. Muchos autores afirman la existencia de sufrimiento como desencadenante de trastornos o enfermedades mentales. Sin embargo, sólo se ha encontrado un artículo venezolano que intenta ponerlo de manifiesto en estos adolescentes con trastorno de conducta. En ella los relatos aportados por los adolescentes apuntan características similares a las que se han planteado en el presente estudio. Es más, subrayamos la presencia del sufrimiento manifestado en el diario de uno de los participantes, cuando nos habla de la desorientación en la que se encuentra así como de la necesidad de agarrarse a alguien como guía de vida. Estos psiquiatras observan el sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de TC como *“Una compensación a las vivencias de debilidad o impotencia, evasión del mundo afectivo y disminución de sus sufrimientos”*. Se apunta también, cómo los adolescentes utilizan estrategias inadecuadas para acabar con su soledad, con todo su “Pasar mal”, mostrándose tramposos o seductores tal y como lo han demostrado también nuestros adolescentes.

La realidad social aporta múltiples modelos de familias, múltiples modelos de parentalidad, aunque hay un reclamo sobre los modelos familiares tradicionales como

los mejores o los más estructuradores del psiquismo del niño. Pero las distintas estructuras familiares, más allá de ser un concepto moderno, es un concepto desconocido. Existen diferentes composiciones familiares en distintas partes del mundo aunque en otras localizaciones sean desconocidas. La forma de estructurarse y organizarse el niño depende de la capacidad de los adultos para organizar la nueva estructura como una estructura contenedora con sentido y sensibilidad, que resulte adecuada para el desarrollo de los niños. Así, han existido, y existen, familias estructuralmente tradicionales en las que la violencia, el desinterés o el abandono de los niños por parte del padre o de la madre ha sido una realidad. Parece que dejan de verse muchas más cosas y no existe una evidencia rotunda sobre el beneficio de la familia tradicional frente a otras formas de familia. Para el desarrollo psicológico de los hijos, parece más importante que la estructura familiar, el propio proceso familiar entendido como la calidad de las relaciones familiares y las relaciones sociales amplias del hijo. De esta forma, también las circunstancias sociales de la familia y el vecindario en el que ésta vive, influyen en la calidad de vida familiar. Por esto es necesario analizar el planteamiento desde la responsabilidad e implicación en el cuidado y educación mostrada con los hijos. También es necesario estudiar los procesos escolares y el establecimiento de las relaciones en este entorno. Y ver cómo todo esto influye sobre el sufrimiento. En todo esto los profesionales de la salud, todos los profesionales de la salud, tienen una gran responsabilidad. Todos aúnan y suman esfuerzos en el proceso interactivo, educativo y terapéutico.

CONCLUSIONES. Esta tesis contribuye a una forma de comprender el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta y su responsabilidad en el desencadenamiento del trastorno. *“Pasar mal”* resume, con sus categorías relacionadas, la imagen y el significado del sufrimiento para estos adolescentes. Este conocimiento resultará útil para las ciencias de la salud y sociales, ayudando a entender y mejorar el cuidado de los adolescentes.

PALABRAS CLAVE. Sufrimiento, Adolescentes, Trastorno de Conducta, Enfermería, Teoría Fundamentada, Investigación Cualitativa

THE SUFFERING OF TEENAGERS WITH BEHAVIOUR DISORDER

ABSTRACT

AIMS: One of the main aims of this thesis/research is to determine the existence of suffering in adolescents with behavior disorder, establishing what occurs before, suffering or disorder. Moreover, this research aims to understand the meaning of suffering in adolescents, as well as to develop a substantive theory, explaining the phenomenon of suffering in these adolescents.

As specific objectives we take the proposal of getting to know the family and school difficulties, felt or experienced by adolescents, found during the time leading to the development of TC. We also analyze the different types of relationships established in the families of these adolescents. Apart from that we explored on how these adolescents face suffering and what measures are interpreted by them as such. Finally we end by trying to understand the impact that the contact with mental health services had on the adolescent's life.

BACKGROUND: Adolescence as a determinant stage in human development, hasn't established a unique age limit. It is characterized by multiple physical, psychological and social changes that have to be integrated to enable social inclusion as an independent adult. Reviewing the characteristics of this development can be highlighted, among others, the hegemony of individualism, the instant gratification of

desires, the breakdown of temporality of the just lived experience as a past event and once it has been overcome, the imposition of the image and the emptying of the word, and above all, the perpetual finding of welfare.

The focus of the research is the suffering of these adolescents diagnosed with conduct disorder. In the literature review conducted for this purpose it has been impossible to find specific bibliography about suffering of adolescents with conduct disorder. This is the contribution that is going to be made in this thesis. The review has allowed to show the suffering from a sanitary context, but in other conditions, other circumstances and in other ages. In the search, there have been found and selected works of reflection and research both in different geographical locations. Inside them we can find an elaboration of knowledge related to the suffering, social, cultural, religious and philosophical influences. Some studies in an attempt to demonstrate explanatory theories of conduct disorder, incur in the confirmation of what data has yet not been able to demonstrate.

The suffering continues hiding in intimate spaces, as it is not socially recognized, it becomes increasingly annoying, and it is not shared nor ritualized. But the stubbornness of reality returns the suffering inevitable. Especially when there are difficult situations that have to be faced, where there is a denial of emotions or lack of identification of them, leading to problematic interactions, based on different aspects and away from the awareness and understanding of what is happening. In addition, the suffering of others exposes professionals to analysis and admission of own fears, vulnerability and personal boundaries.

Taking care about the suffering supposes to remember that it does not affect mortality, but it affects different aspects of life, such as quality, comfort, expectations, memories, motivation and learning, all processes of great influence on the own life. That's why its detection is so important, so as the help in order to soften it.

Conduct disorder is a psychological problem of rapid growth, with an estimated prevalence between 4 and 18%, according to the textbooks used and different versions.

Conduct disorder is established for externalizing behaviors, shown both in attitudes and in actions towards people and things. It is classified in the range of disruptive behavior disorders and has consequences for both the adolescent and its environment. We have studied multiple risk factors, from personal characteristics to family and society. And it has not been immune from a questioning about the influence of the family and vice versa. However, the suffering as conditional aspect of the disorder has not been studied, and therefore, there cannot be found a deep understanding of suffering and its influence on behavior.

It is a problem that requires early detection and intervention to make them more effective, due to the burden of care that it is assumed with the disorder. However, the complexity of the detection lies in the consideration of "normality" of such behaviors, as they are often adapted behaviors, persistent and repetitive to the demands of the environment, when the environment is complex and violate the basic rights of others , or important social standards suitable with the age of the person.

Intuitively one can say that these teenagers suffer, although initially they cant identify it nor name it in that way. His behavior shows desperation, isolation, loneliness, confusion, disorientation, feelings of rejection, etc.. They do what they can and know translating their emotions of fear or anger into aggression. Thus they obtain the attention and dedication that they wouldn't obtain with more appropriate behaviors. But the negative judgment that they obtain from of others, is translated into interaction marked by rejection. There has not been analyze among teenagers, or in person, nor the suffering involved or entailed with this condition. Thus, suffering is muted and turned off by the attitudes of rejection generated by the way of behaving of adolescents with conduct disorder. It is time to ask what is first suffering or conduct disorder? How do they understand suffering? What meanings do they give to suffering? How they define their position about suffering and disruption of behavior?

The interventions that have been carried out don't show positive results by the moment. And some have even been quite damaging. From here lies the importance of a careful design of the care programs and an extreme caution with the use of drugs.

METHODOLOGY: The practice of nursing directed to human answers, need to take care in the caring aspect and in the educational one as well, in order to attend, show and teach alternative and healthy answers to this illness. This practice, shares a rational and scientific logic with positivism, which measures people's facts. But it also participate with another one, which is integrated in the social and cultural models of human behavior and which is more susceptible to the description of phenomena, thinks, emotions and intentional behaviors in qualitative and deep analysis of human behavior manifestation forms.

This is a qualitative study of grounded theory, because it is useful to understand peoples world. It has been conducted in different units of child and adolescent psychiatry in Bilbao. The reason for using grounded theory and no other qualitative approach lies in its greater and better adaptation to the study of the processes, such evolutionary processes, with changes, interactions and adaptations that result in varied responses. Therefore, facing processes from the objectivity of the most basic data, enables a wide understanding from its source.

The grounded theory is characterized for being inductive, starting from the dates, the meanings with which the theorizations are going to be made appear. Another characteristic which allows its distinction is the of being symbolic because it uses the symbols which constitutes the language with which people communicate. Moreover, the grounded theory interpret the observed reality, taking into account and revealing the meaning that the investigated persons give to the different symbols starting from the analysis of the different social interactions that there are established. Finally, the grounded theory is constructivist as it stays in the specific and local construction of different realities which investigated people make.

The pertinence of the investigation is justified by four considerations. In the first place, considering the intangibility of suffering. The difficulty for identifying suffering as there is not a unique definition, biological parameters that demonstrate them or an existence of professional competence to detect it and help. The last consideration is to

Three informants derived adolescents to participate in the study. Teens must be between 13 and 18 years old and be diagnosed with conduct disorder, or be older (range 19-22 years) and have been treated in a psychiatric unit for children and youth of the area of influence on the age stated above. Participation was entirely voluntary, with the possibility to leave at any time moreover, parents allowance was also required in the case of minors. They should also have ability to hold a conversation, to understand it and explain it. On the contrary, exclusion criteria brought a situation of hospitalize for being in an emotionally critic situation. On the other hand, the cognitive difficulty that impede to hold a conversation and that don't accept to participate.

Data collection and analysis were made concurrently, following principles of grounded theory, constantly drawing comparisons to test the data and advance in the search and results. Theoretical sampling guided this development, being the theoretical saturation of data the one that determined the exit from the work field. It was achieved with 15 teenagers, that conformed the sample, which were conducted 25 interviews and observation for the same.

We used in-depth interview as a technique for data collection, which required the creation of a trust environment, permission for emotional expression and intimacy. It started with a rather open question, emphasizing the adolescent's knowledge, in order to determine the existence of suffering, get the meaning of it and the meanings given by the adolescent to it. The duration of the interview varied between 60 and 90 minutes. When the content of the interview was more extend, we repeated the appointment.

Data analysis was assisted with the use of the program of qualitative data management, N-Vivo, version 9. The scientific quality control of research was observed from all four Lincoln and Guba criteria: credibility, transferability, dependability, confirmability, equivalent to quantitative criteria of truth, applicability, consistency and neutrality.

Ethical considerations referred have pursued respecting autonomy, privacy and confidentiality.

RESULTS: The core category "going through bad moments" and five main categories were emerging from the data. They show the influence of the experience described by adolescents in the *missing-childhood*, as a time of life that goes from parental waiver in the crucial moments of the child's emotional development that leads them to feel alone because no one supplied absences. As a result of those absences, they develop their feeling of vulnerability and sense of loneliness, since perceive themselves as different from the others; they are often bullied by their peers; they feel different when comparing to the others. They learn to feel helpless and use ineffective strategies to show submissive to the abuses. These situations are far away from self-respect and do not produce adequate growth of self-esteem. In this situation, they are forced to make a quick exit from childhood, to the age of 10 are forced to evolve and fend for themselves quickly, making decisions for themselves, with their own resources. It's the time of the assertion, where they remark the adaptation to solitude and claim for their independence, but they often feel their age as a jail, as they cannot get that independence they are willing.

This way, they start to enter in the complex parental relationships process that begins with foster parents. These may be older siblings, aunts or, usually grandmothers. Such relationships coincides with the critical moments of life changes of teens: childhood, adolescence and early adulthood. They demonstrate the differences that are occurring through progressive changes. There is a current disconnection of the teenager with his family, in spite of it, they start focusing on themselves and on friends, delving into their individuation. Gradually they will solve those relationship, in the moment adolescence get into an end. They summarize, order, and collect learning in their adolescence, and then they focus in their family again, but in a self-made way.

Throughout this process there is a clear way to express the suffering in all facets of their life, family, friends and colleagues, professionals. They show some specific emotions which prevail, on the one hand the fear and helplessness. On the other hand, anger, resentment and aggression. They show various difficulties, especially with the motivation in their studies and boredom as companion, which will be prompting them to take refuge in what they like, thereby evading their reality and focusing on their hobbies, the street becomes their best school. With all this, they seem to insist on the need and / or seek support and these indicators can be the beginning of the problem.

In this way they come to become aware of suffering, and assume and know what is happening to them. They use to draw comparisons with peers and they try to give a reason to the resulting differences, in this trial, they are reflected in reality, which is also different. Sometimes they are overprotected and others the other way round, anyway, teenagers don't feel themselves recognized in their needs or possibilities. But they delay the identification of the moment because the facing of it often gets hard and there is suffering joined to that recognition; This way they experience a kind of emotional coldness throughout which they mask their confusion and uncertainty. They establish a risk confrontation inertia in order to get able to feel something different. Gradually they developed strategies to cope with their suffering, their situation. They can do it in two formats, through avoidance or through confrontations. Both of them express pain and emotional reactivity.

Finally, they learn to soften it when they have done the whole journey of self-analysis and self-criticism, when they are older and have faced many challenges and have overcome many of the tests imposed by life. When they have found strategies that have helped them to channel and defuse the anger and anxiety, have some personal security. Now they criticize the "crazy" decisions chosen to relent and avoid suffering, considering them as a 'childish' , and regretting having chosen them.

The different moments to soften the reflected suffering, is reflected now in "I only think about the present," from a live source. It Includes recognition of the lack of motivation for the studies, the recognition of the intensity with which they faced the

past life and the accumulated resentment towards everyone and everything. Facing all that, they have learned by looking for alternatives, getting ashamed and willing the change, from their will to live expressed in their stories, expressing their willingness to follow before, struggling with the difficulties above all.

"Going through bad moments" is the representation that summarizes, sample and means what has been the life for adolescents with conduct disorder. The overprotection, neglect and longing, are interwoven with the suffering to make way for TC understood as a way to express the uncomfortable situation that vulnerability causes them and avert the "going through a bad situation". It seems that suffering is the antecedent behavior directed towards manifesting these adolescents mood. In this sense Schenetti in her research on children's daily suffering, its possible to see something similar to what teens have shown in our research. They express it in a way of rebellion, as oppositional or negativism, a defense against their weaknesses. In this line, he points out how many of the 'suffering minor "forms' are caused by a lack of communication within the family and the immediate social environment and comprehensive. Children don't know in words, and sometimes do not learn to express emotions, even sometimes considered useless to express them, especially in contexts where they do not feel heard or understood, although it may seem a paradox. Some of the stories have endorsed this statement.

The substantive theory gets developed from the central category with the aim to explain the experience of adolescents, specifically the suffering of adolescents with TC, how they understand it and their explanation of how they to get to develop a TC. From the data, it can be said that there is responsibility in suffering to produce the disorder. Certainly there are many more factors, as emphasized by the literature review, but this have not been explored. Many authors claimed to the existence of suffering as a trigger for mental disorders or diseases. However, there has only been found an article of Venezuelan trying to make this clear in these adolescents with conduct disorder. It has some relates provided by the adolescents similar to those encountered in the present study. Moreover, we underline the presence of suffering expressed in the diary of one of the participants, when it mentions the feeling of being lost as well as the need to hold someone as a guide to life. These psychiatrists observe the suffering of adolescents

diagnosed with TC as "a compensation for the experiences of weakness or helplessness, avoidance of the affective world and decreasing in their suffering". It shows also, how teens use inadequate strategies to end their solitude, with all its "Going through a bad moment", showing cheating or seductive as the adolescents involved in our study.

The social reality of families provides multiple models of parenting, although there is a claim for traditional family as the model which would provide with the best or most structuring of the psyche of the child. But different family structures, beyond being a modern concept, is an unknown concept. There are different family compositions in different parts of the world despite the fact that in other locations are unknown. The way to structure and organize the child depends on the ability of adults to organize the new structure as a containment structure with sense and sensibility, which would be suitable for the development of children. Thus, there have been, and are, structurally traditional families in which violence, disinterest or neglect by the father or mother has been a reality. Seems to be longer and much more resounding no evidence of benefit from the traditional family over other family forms. For the psychological development of children, seems more important than family structure, the family process itself understood as the quality of family relationships and broad social relations of the child. Thus, also the social circumstances of the family and the neighborhood in which it lives, influencing the quality of family life. Therefore it is necessary to analyze the approach from the responsibility and involvement in the education and care shown with the children. It is also necessary to study school processes and the establishment of relationships in this environment. And see how this influences the suffering. In all these health professionals, all health care professionals, have a great responsibility. All come together and join forces in the interactive process, educational and therapeutic.

CONCLUSIONS: This research contributes to a way of understanding the suffering of adolescents with conduct disorder and their responsibility in causing the disorder. "Going through a bad moment" summarizes, with their related categories, the image and the meaning of suffering for these adolescents. This knowledge will be useful for

health and social sciences, as it will help to understand and improve the care of these adolescents.

KEY WORDS. Suffering, Teens/teenagers, Conduct/Behaviour Disorder, Nursing, Grounded Theory, Qualitative Research

DEDICATORIA

A mi madre, Carmen,
que ha hecho de sus hijos
la razón de su vida
y ha sabido
dejarles marchar

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar la exposición agradeciendo a todas las personas que con su apoyo, calidez y calidad humanas han posibilitado iniciar, debatir, desarrollar, y concluir esta tesis. En primer lugar, como no podía ser de otra forma, por cariño y cercanía, a mi familia. Su aportación es mi sustento; en mi familia y con mi familia lo tengo todo.

Mi agradecimiento a mis Directoras de tesis, la Doctora Esperanza Rayón Valpuesta, Profesora Titular de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y la Doctora Cristina García Vivar, Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra. Ellas son mis maestras, “mis doctoras” por su total comprensión, ánimo inagotable, preocupación inmensa, apoyo interminable y, sin duda, infinita paciencia. Se han convertido en mis amigas. Me han “llevado de la mano” durante estos años en un acompañamiento permanente.

Agradezco a Lurdes Barrasa su disponibilidad, generosidad y soporte incondicional. Sus comentarios realistas y orientaciones profesionales son siempre oportunos y adecuados. Además su expertía con el diseño gráfico me facilita las presentaciones.

Mi agradecimiento a Teresa Garay, supervisora de docencia, y gran amiga, su comprensión y apoyo siempre es incondicional. A la actual Dirección de Enfermería, con Itziar Larrea a la cabeza, Karmele Ibarra en la subdirección y Maite Valtierra, adjunta de investigación y docencia, por su acompañamiento en momentos difíciles, comprensión y dedicación. También a las que fueron Directora de Enfermería del Hospital Universitario de Basurto, Marina Onaindía. A Teresa Aranguren supervisora de Revilla 4; todas ellas me facilitaron la logística hospitalaria en los momentos iniciales, cuando parecía que tenía que abandonar y después, cuando salí de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Así mismo, a Begoña Lejona, bibliotecaria del citado Hospital, por su ayuda y orientación en la búsqueda bibliográfica y a Maite Rodríguez,

auxiliar de biblioteca, porque siempre se ha mostrado atenta y sumamente diligente para localizar los artículos que he necesitado.

Agradezco a Amaia Sáenz de Ormijana, Sara Jalón, Angélica Santiago, Ana Hernández y Miguel Cabarcos por su aliento y disponibilidad para comprenderme, orientarme, comentar y debatir ideas.

Mi agradecimiento al Dr. González Aguirre, Jefe de Sección de la Unidad Extrahospitalaria del Hospital Universitario de Basurto, por su apoyo y sus orientaciones y por los adolescentes con los que me puso en contacto. Al Dr. Chicharro, de la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, a la enfermera especialista en salud mental, Ana Fernández Cagigas y al resto de profesionales de Adin Txikikoa que, me pusieron en contacto con los adolescentes del citado programa. También a Roberto Oslé, psicólogo cofundador del Gabinete de psicología Kercus, que lo mantiene con la misma ilusión del inicio.

Respecto al Colegio de Enfermería de Bizkaia, agradezco a su vicepresidente, y gran amigo, Manu Guerra su forma de animarme, su apoyo, su cariño y cercanía. A la presidenta M^a José García Etxaniz y a su secretario, Ignacio González, el acompañamiento, respeto y consideración que siempre me han mostrado.

El apoyo de las instituciones en forma de recursos y medios, ha supuesto la gasolina en este viaje sin la que tampoco se hubiese concluido esta tesis. En primer lugar gracias al Máster en Investigación en Cuidados de la Universidad Complutense de Madrid, porque desplazando las sesiones docentes a Bilbao, consiguió facilitar mi vida y la de mis compañeras y compañeros de promoción. Esta facilidad se materializó gracias a la colaboración del Colegio de Enfermería de Bizkaia, nos animó primero a realizarlo y nos acogió luego en sus aulas. Allí conocí a mis Directoras de tesis. Después la Universidad Complutense aceptó el inicio del proyecto que hoy está concluyendo. Mi reconocimiento y, como no, agradecimiento al esfuerzo realizado.

La comisión de investigación del Hospital Universitario de Basurto aportó una subvención al proyecto presentado y al CEIC por dar la autorización pertinente.

Gracias también a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Premió el proyecto primero y el trabajo inicial después. Ese dinero ha servido para financiar el proyecto. El reconocimiento ha sido el impulso para más que concluir el desarrollo del proyecto.

Mi agradecimiento a Amaia Aguirrezabal, directora del Centro Cívico Barrainkua, que me facilitó el acceso a la sala Wi-Fi para poder realizar cómodamente las entrevistas.

Gracias a las responsables de caso de la Diputación Foral de Bizkaia, MariaTe y Blanca Nieves. Con su inmejorable disponibilidad agilizaron los trámites necesarios para la firma de los consentimientos de los adolescentes tutelados por el Diputado o la Diputada de Acción Social, en los distintos momentos del trabajo de campo.

Mi profundo agradecimiento a todos los adolescentes que han participado en el estudio, por poner “sus vidas” a mi disposición, al desvelar su sufrimiento sin disimulo y con la mayor naturalidad. Ellos también son mis maestros. Lo mismo que los adolescentes con los que profesionalmente he tenido contacto profesional en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Basurto. Me han ido guiando desde el primer momento de estos 10 años de experiencia. Con ellos he disfrutado el camino, incluso cuando las curvas mostraban peligros.

Sólo me queda recordar a los que hayan estado y por distintos motivos no haya visto, o quiera mirar. Ellos, con toda seguridad, también han supuesto el impulso necesario para concluir esta tesis.

De ellos son los méritos, si existieran.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	33
1.1. Estado de la cuestión	34
1.2. Propósito del estudio	38
1.2.1. Finalidad de la investigación	43
1.3. Justificación de la tesis	44
1.3.1. Interés Clínico-Asistencial	44
1.3.2. Repercusiones para los adolescentes con TC	46
1.3.3. Interés académico	47
1.3.4. Interés personal	48
 CAPÍTULO II. CONTEXTO TEÓRICO. SUFRIMIENTO Y TRASTORNO DE CONDUCTA	50
2.1. Introducción	51
2.2. Sufrimiento	52
2.2.1. El sufrimiento en el contexto de la salud	52
2.2.2. Los idiomas del sufrimiento	55
2.2.3. La expresión del sufrimiento	62
2.2.4. El proceso de atención de enfermería: Diagnosticar el sufrimiento	63
2.2.5. Ayudar a suavizar el sufrimiento	67
2.2.6. Aceptar el sufrimiento	72
2.3. Trastorno de conducta	74
2.3.1. Definición del trastorno de conducta	74
2.3.2. El trastorno de conducta como problema psicosocial	76
2.3.3. Clasificación de los trastornos de conducta	77
2.3.4. Trastorno de conducta y sufrimiento	80
2.4. La observación de los adolescentes con trastorno de conducta	85
 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN	88
3.1. Introducción	89
3.2. Objetivos de la investigación	90
3.3. Diseño de la investigación	91

3.3.1. ¿Cómo contestar la pregunta?	91
3.3.2. Pertinencia de la metodología cualitativa	95
3.3.3. Ámbito de estudio y acceso a los participantes.....	97
3.3.4. Muestra y muestreo.....	100
3.3.4.1. Criterios de selección de los participantes.....	100
3.3.4.2. Muestreo teórico	101
3.3.4.3. Tamaño de la muestra. Saturación teórica.....	101
3.3.5. Técnica de recogida de datos. Entrevista en profundidad	102
3.3.5.1. Justificación de su uso	102
3.3.5.2. Dinámica de las entrevistas.....	103
3.3.5.3. Características sociodemográficas de los adolescentes y sus familias	108
3.3.6. El análisis de los datos	115
3.3.6.1. El proceso de codificación	116
3.3.7. Programa informático para ayudar en el análisis.....	120
3.3.8. Control de calidad de los datos	124
3.3.9. Consideraciones éticas de la investigación.....	127
CAPITULO IV. RESULTADOS	129
4.1. Introducción.....	130
4.2. Infancia ausente	132
4.2.1. Renuncia parental	136
4.2.1.1. Ausencias.....	138
4.2.1.2. Soledad	144
4.2.2. Vulnerabilidad.....	150
4.2.2.1. Aprendizaje de la impotencia.....	151
4.2.2.2. Sumisión al abuso	153
4.2.3. Salida rápida de la infancia.....	158
4.2.3.1. Autoafirmación	159
4.2.3.2. Prisioneros en su edad	162
4.3. Relaciones parentales complejas.....	166
4.3.1. Padres suplentes	167
4.3.1.1. Referentes	172
4.3.1.2. La vida con los abuelos.....	178

4.3.1.3. Ilusiones rotas	185
4.3.2. Desvinculación	188
4.3.2.1. Centrados en sí mismos	189
4.3.2.2. Focalizados en los amigos.....	197
4.3.3. Solucionando las relaciones parentales complejas	216
4.3.3.1. Reconocer	227
4.4. Manifestaciones del sufrimiento	235
4.4.1. Emociones que prevalecen.....	237
4.4.2. Dificultades con los estudios	249
4.4.3. Refugiarse en gustos y aficiones.....	262
4.5. Concienciación del sufrimiento	282
4.5.1. Comparaciones argumentadas.....	284
4.5.2. Retrasar la identificación del momento	295
4.5.3. Estrategias para afrontar el sufrimiento.....	311
4.6. Suavizar el sufrimiento	322
4.6.1. "Yo sólo pienso en el presente"	325
4.6.2. Ganas de vivir.....	336
4.6.2.1. Alternativas para alcanzar la felicidad	339
4.6.2.2. Vergüenza.....	356
4.6.2.3. Proceso de cambio.....	359
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	372
5.1. Introducción.....	373
5.2. “Pasar mal”	376
5.2.1. La familia del adolescente con T.C.....	380
5.2.1.1. Los adolescentes con T.C. necesitan más que buena voluntad ..	389
5.2.2. El aprendizaje y la educación. Los procesos escolares	397
5.2.3. Profesionales de la salud	407
5.2.3.1. Adolescentes con tc y proceso de atención de enfermería.....	411
5.3. Implicaciones para la práctica	422
5.4. Limitaciones del estudio	424
5.5. Futuras investigaciones.....	425
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	426

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	430
ANEXOS	447

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1a. Asentimiento informado.....	448
ANEXO 1b. Consentimiento informado	450
ANEXO 2. Informe Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital	
Universitario de Basurto	452
ANEXO 3. Subvención del Comité de Investigación del Hospital	
Universitario de Basurto	453
ANEXO 4a. Guión de preguntas iniciales.....	454
ANEXO 4b. Guión de preguntas siguientes.....	455
ANEXO 5. Autorización al Programa Adin Txikikoa	456
ANEXO 6. Hoja de recogida de datos sociodemográficos.....	457
ANEXO 7. Proceso de codificación.....	458
ANEXO 8. Premio San Juan de Dios al proyecto de investigación	464
ANEXO 9. Premio San Juan de Dios al trabajo de investigación	466
ANEXO 10. Comunicación investén sobre el trabajo premiado	468
ANEXO 11. Comunicación index. Diario de una doctoranda	469
ANEXO 12. Sesiones de difusión de la investigación en enfermería 2013	470
ANEXO 13. Comunicación Interpsiquis 2007	475
ANEXO 14. Publicación Norte de Salud Mental.....	491
ANEXO 15. Comunicación en las VIII Jornadas de Enfermería del País Vasco	
2013	493
ANEXO 16. Publicación en la Revista Electrónica EVIDENTIA 2013; 10(41)	494

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En el presente apartado se expone el estado de la cuestión desde una doble perspectiva: la teórica y la experiencial. No hay una limitación al recorrido bibliográfico; se mezcla con él, la experiencia de la investigadora con estos adolescentes en un medio de ingreso hospitalario en una unidad de agudos de psiquiatría infanto-juvenil.

El conocimiento desprendido de la realidad es infinito, como infinitas son las formas de observarla e infinitas las maneras de poderla interpretar. Tal infinidad de accesos, permite acercarse a la realidad, desvelarla y conocerla para mejorarla. Esta multiplicidad de formas de conocimiento se vincula con la posibilidad de dar respuesta a los reclamos sociales de verdad, ciencia y justicia. La respuesta científica proporciona los fundamentos para los informes y las representaciones sobre el <<Otro>>⁽¹⁾. Investigar una realidad social es una actividad sistemática y planificada con el fin de conseguir información necesaria, relevante, suficiente y útil. Con ella se orienta la toma de decisiones encaminada a mejorar o transformar la realidad⁽²⁾, a partir de una propuesta clara y adecuadamente cimentada que facilite poderla llevar a cabo⁽³⁻⁴⁾.

La adolescencia como etapa condicionante del desarrollo humano, no tiene establecido un límite etario único. Se apuntan distintos momentos, según las distintas localizaciones; la OMS establece que abarca el periodo desde los 10 hasta los 19 años 11 meses y 29 días. Es una etapa caracterizada por múltiples transformaciones físicas, psíquicas y sociales que deben integrarse y posibilitar la inserción social como persona adulta y autónoma. Esta evolución no está exenta de subjetividades respecto al desarrollo psíquico de los adolescentes⁽⁵⁾. Haciendo un repaso de las características de este desarrollo, es posible destacar la hegemonía del individualismo, la satisfacción inmediata de los deseos, la ruptura de la temporalidad de la experiencia recién vivida como hecho pasado y superado, la imposición de la imagen y el vaciamiento de la palabra, así como la búsqueda perpetua del bienestar por encima de todo⁽⁵⁾.

El trastorno de conducta (TC) como realidad social emergente, no escapa del cuestionamiento al influjo de la familia y viceversa. Es decir, ¿qué influencia tiene la familia en el desarrollo de este problema? Y ¿qué repercusiones tiene el TC sobre el sistema de relaciones padres e hijos? Los padres suelen verse atormentados por la falta de recursos para identificar y reconocer las necesidades del proceso de crecimiento de sus hijos, así como para potenciar su maduración e independencia⁽⁵⁾. Parece lógico y real que esté íntimamente relacionado, por la continuidad. Pero en principio, se intentará ver lo individual, la experiencia personal de los adolescentes. Una posibilidad es proponer que la influencia de la familia (educación, valores, ideología, etc.) sea la que determina esta forma de experimentar el sufrimiento; aparece entonces la cuestión sobre qué diferencia hay con otros hermanos o miembros de la misma familia. Sabiendo que las relaciones son uno a uno y cada uno en su tiempo y circunstancias, ¿qué ocurre para que unos se manifiesten y expresen así y otros de forma tan diferente?

A partir de aquí es posible introducir la experiencia del sufrimiento y ver su perspectiva social y socializada, explorando los efectos del sufrimiento en el trastorno y los del trastorno en el sufrimiento. Quizás este fenómeno de influencias y repercusiones es otra manera de explorarlo, estableciendo a priori un inicio (el individuo o la familia) a partir del cual llegar a conclusiones similares o diferenciales.

No se han encontrado referencias que hablen del sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta. Un estudio cualitativo ha mostrado la importancia de buscar la comprensión de la conducta de estos adolescentes desde la epistemología de la complejidad⁽⁶⁾. Observan la realidad de forma indeterminada, como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares. Valoran la reorganización de la vida y sus valores en función de la transgresión, los riesgos y los beneficios que pudieran existir. Aunque el rigor metodológico del artículo es escaso, porque empieza en una epistemología y continúa con otra, el valor exploratorio del mismo puede resultar útil en alguna de sus apreciaciones.

Mi experiencia hospitalaria recuerda a los chavales¹ con TC cuando llegan a la unidad de ingreso; tienen los ojos muy abiertos, están sudorosos, asustados y muchas veces sujetos (contención mecánica), como consecuencia de la expresión del desacuerdo y el miedo al ingreso. Muestran una emocionalidad defensiva, con fuerte oposicionismo y negativismo, rabiosos ante la “sentencia” de obligado cumplimiento: “ingresar en un loquero”; así denominan ellos a la unidad de ingreso. La llegada les hace concienciarse, antes o después, de la realidad de la “encerrona”. Se enfadan aún más, pero los movimientos ya están restringidos. Les han etiquetado de “intolerantes a la frustración”, “narcisistas”, “de inteligencia limitada”, “habituados a hacer lo que quieren”, ... Sin embargo, al integrarse en las actividades cotidianas, muestran otra cara.

El sufrimiento individual posiblemente surge del hecho de intentar diferenciarse de la familia, en tanto que representa la norma establecida y la guía de actuación adecuada, con la que el adolescente discrepa. Y mejorar, impulsándole hacia la búsqueda de nuevos u otros argumentos de relación y acción, rompiendo con lo clásico o habitualmente establecido en una forma de “cansancio de convivencia” por la falta de acuerdo o discrepancia, habitualmente censurada y/o castigada.

En este sentido, el sufrimiento puede ser entendido y explicado como una experiencia de lucha, se puede convertir en un argumento para mejorar; un impulso de búsqueda de alternativas con las que vivir más a gusto con los propios planteamientos, surgidos de una experiencia personal y desde una perspectiva diferente. En principio este malestar psíquico les impide disfrutar y mantenerse en una soledad que no se han buscado y no han aprendido a disfrutar, buscando formas alternativas para no estar solos. De esta forma, afrontan la realidad cotidiana sin los recursos necesarios o suficientes para enfrentarla, con exigencias que superan las propias capacidades, sin ver o valorar ellos mismos sus propias debilidades y sus carencias.

Desde estos planteamientos, la experiencia con estos adolescentes apunta las formas habituales de manifestar su sufrimiento, en forma de miedo o de ira (proceso emocional), en forma de temor o de hostilidad (proceso cognitivo), en forma del

¹ Hablar de chavales y chavalas, hace referencia a los adolescentes con TC

agresividad (proceso conductual) auto y heteroagresividad. No suelen saber explicar porqué su comportamiento, siendo frecuentes las respuestas de “sin más” o “no me rayes”. El ingreso hospitalario, supone romper con la inercia de su vida. Verse en un ambiente desconocido, con limitaciones importantes a su forma habitual de funcionar y hacer las cosas.

Los horarios son diferentes y fijos, ellos deciden muchísimo menos de lo habitual, la higiene es una obligación, el cambio y el tipo de ropa está dirigido y ha de ser de una forma concreta, la colaboración en algunas actividades domésticas, las comidas abarcan el abanico completo de la pirámide nutricional, la participación en los debates grupales una forma de ver el esfuerzo personal y la participación social, el autocontrol una alternativa que se provoca y estimula. Todo ello lo ven como *imposiciones*; no quieren estar ingresados, quieren marcharse de alta inmediatamente. Pero su enfado ahora tampoco les permite volver a casa con sus padres, entendidos como *traidores* o *débiles* por dejarse llevar por lo que les dicen los psiquiatras.

Apoyados, orientados y reforzados en las comunicaciones asertivas, al principio no quieren hablar con sus padres. Lo más que llegan a decir es que firmen el alta voluntaria. Pero como la realidad es más tozuda que ellos, terminan expresando su malestar. Entablan en primer lugar una discusión en la que expresan su enfado, su desacuerdo y su malestar en un intento de manipulación emocional. Después, terminan por entablar una negociación. Y al final, los que quieren a sus padres, terminan por expresarles su cariño; los otros se muestran correctos pero manteniendo la distancia afectiva.

Todo este conocimiento proveniente de mi experiencia, bullía dentro de mi cabeza y me empujaba a buscar más, conocer más, entender más. Este es un motivo más para la realización del presente estudio. A continuación se explica el propósito del mismo.

1.2. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El eje central de la investigación es el sufrimiento de estos adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta. En la revisión bibliográfica realizada para tal fin no se ha encontrado bibliografía específica respecto al sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta. Esta es la aportación que se realizará en esta tesis. La revisión ha permitido ver el sufrimiento en el ámbito sanitario, pero en otras patologías y en otras edades. En la búsqueda se han seleccionado trabajos de reflexión tanto como de investigación, en distintas localizaciones geográficas. En ellos hay una elaboración del conocimiento relacionado con el sufrimiento, los influjos sociales, culturales, religiosos y filosóficos. Algún estudio incluso, en un intento de demostrar teorías explicativas del TC⁽⁷⁾, incurren en confirmar con mucha voluntad lo que los datos no pueden demostrar.

A partir de este planteamiento, la pregunta de investigación es factible de hacerse y además interesante para las enfermeras. Estos adolescentes acuden a las revisiones infantiles sanitarias, las enfermeras los pueden detectar desde los momentos más iniciales del proceso y se los pueden *ganar* para que las consideren *aliadas* ante las dudas planteadas, facilitándose así la intervención. De la misma forma es posible la orientación a los padres.

De forma apriorística e intuitiva, se puede afirmar que estos adolescentes sufren, aunque ellos no lo nombren así, y lo demuestran con su comportamiento. Ese comportamiento está determinado o condicionado por su desesperación, aislamiento, soledad, confusión, desorientación, sentimiento de rechazo, etc. Ellos hacen lo que pueden, o lo que saben, traduciendo sus emociones de ira o miedo en agresividad, obteniendo de esta forma la atención y dedicación no conseguida durante la realización de conductas más adecuadas. Aquellas conductas disruptivas y que reflejan el desacuerdo con su entorno más próximo, son intuitivamente entendidas, interpretadas por los adultos, como llamadas de atención. Son juzgadas tan negativamente que condiciona las actitudes de los profesionales de la salud, produciéndose interacciones de manifiesto rechazo. Las conductas pueden obedecer unas veces, a la petición de ayuda para buscar soluciones.

Otras al intento de solución, aliviando emociones molestas (angustia, rabia o desesperación) o sentimientos inaguantables (ansiedad, hostilidad o tristeza).

Al acercarse a la vida de estos adolescentes, surgen varias preguntas:

¿Por qué una conducta inadecuada durante la infancia es graciosa y permitida? ¿Cuándo deja de serlo y qué se hace para corregirla? ¿Qué ocurre para que los adolescentes incurran en conductas antisociales y carentes de empatía? ¿Es una forma de autoafirmación de su inconformismo frente a quienes ellos consideran conformistas? Por otro lado indagar en si existe sufrimiento en los adolescentes con TC, lleva a las siguientes cuestiones: ¿existe el sufrimiento en los adolescentes con TC? Si es así, ¿cuál es su significado para ellos? ¿Este sufrimiento es previo al trastorno de conducta o es el trastorno de conducta el que lo provoca? Con ello y desde el punto de vista del adolescente ¿cómo influye la familia en todo esto? Y ¿cuáles son las repercusiones para el adolescente? Todas estas respuestas, posiblemente, serán los datos los que las aportarán.

A partir de la experiencia con estos adolescentes, se identifican pues cuatro cuestiones que conforman el núcleo del problema:

- Quiénes son y si ellos lo saben realmente. Sus dudas les plantea ¿una crisis de identidad? Su proceso de individuación ¿se está realizando? ¿Se conocen suficientemente para poderse definir?
- Qué hacen y para conseguir qué. Todo su comportamiento obedece a la experimentación del conocimiento o a, tal como dicen muchos, simples llamadas de atención fundamentadas en una actitud infantil.
- Cómo funcionan en su vida cotidiana y cuál es el valor que dan al sufrimiento. Qué van buscando con su conducta, cómo se van aliviando, cómo y qué aprenden, en quiénes se fijan como modelos.
- Qué supone el ingreso hospitalario para estos chicos y chicas. El momento del ingreso puede ser un hito importante en su vida, hito que puede establecer un antes y un después o una clara diferencia.

Llevo bastantes años trabajando con adolescentes con TC, pero cada vez que ingresan me siguen impactando y me sigo cuestionando demasiadas cosas. Sobre todo los que llegan muy agitados. Muchas de las cuestiones me las he respondido a lo largo de mi trayectoria profesional. Pero merece la pena seguir indagándolas para contrastarlas y poder confirmarlas o rechazarlas definitivamente, planteando una investigación que aporte la evidencia necesaria para poderlo afirmar rigurosamente.

Puede parecer sorprendente que indagar en la existencia de sufrimiento en los adolescentes con TC merezca una investigación tan larga. Habrá quien se plantee la respuesta en términos simples de si o no. “*Y pista*”, como dicen los adolescentes con TC. Sin embargo, la pregunta conlleva algo más que una mera respuesta monosilábica.

Conocer la existencia de sufrimiento supone indagar en la vivencia, en toda la existencia de los adolescentes con TC, en la visión de la relación e interacción que establecen con sus padres y madres. Averiguar en esta trayectoria dónde se gesta su realidad y la valoración que hacen de la misma. Examinar la forma en que aprenden a pensar y sentir. Esta es la ruta donde se con-forma la base de su futuro funcionamiento. Escucharlo y entenderlo desde sus relatos, aporta precisamente esa perspectiva.

Dada la carencia de estudios al respecto, la sospecha del sufrimiento de estos adolescentes parte de la observación profesional. Considero que existe sufrimiento por lo que *aparentan*. Esta apariencia muestra intentos, en forma de ensayo-error, para llegar a conseguir algo de una forma equivocada. O al menos, de una forma inadaptada con lo establecido socialmente, con lo que más tarde se le exigirá. Además parece que *les duele* hablar de lo que sienten y parece que lo quieren *taponar* con actuaciones impulsivas, sin pensar lo que hacen y haciendo, la mayoría de las veces, lo que no piensan. Se basan en un funcionamiento emocional y por tanto irracional. Es posible que la impaciencia, normal en el adolescente, les haga caer en estos errores. Inicialmente, cuando se paran a hablar y a reflexionar, sólo son capaces de ver los errores que cometen, muy focalizados en ellos, sin ver las posibilidades de cambiar y las consecuencias del cambio, los esfuerzos que pueden hacer para lograrlo y los beneficios

que pueden conseguir. Es como si el pensamiento, una y otra vez, les llevase a hacer lo que piensan y les mantiene en el error.

Siguiendo esta línea argumental, las razones observadas *a priori* y que pueden justificar la existencia del sufrimiento parten de varios aspectos. Por un lado, del hecho de sentirse abandonados, sin guía, sin apoyo de figuras afectivas, importantes para ellos, que no cubren sus expectativas, precisamente por la falta de límites, atención, corrección y orientación a lo largo de la vida. Es decir, de niños han conseguido todo cuanto han querido a través de berrinches y/o pataletas. Estos han ido modelando la manera de acercamiento de los padres a los hijos: “*no quiere*”, “*no me deja*”, “*se pone como una fiera*”, “*he hecho de todo*”, ... y comentarios por el estilo depositan la responsabilidad de la relación en el propio niño.

Viendo la relación inicial del recién nacido con sus padres, puede observarse la continuidad en la misma; les acarician, les tocan, les susurran, les cantan, les besan y abrazan, meciéndoles y cubriendo sus necesidades fisiológicas más primarias de forma inmediata. Las atenciones extras pueden hacerse de forma proactiva, acercándose a la cuna y valorando qué necesidades tiene o cómo se encuentra el bebé. O a demanda, a partir del llanto, cuando el niño necesita algo o se siente molesto, la respuesta de la madre suele ser inmediata. A veces, el padre u otros (hermanas-os, tías-os, abuelas-os) familiares muy próximos también atiende estas llamadas. Desde estos primeros momentos, el aprendizaje del bebé y de sus padres, es mutuo. Cualquier gesto es interpretado desde la perspectiva del adulto: “*¿tendrá dolor?*”, “*tiene que acostumbrarse a estar solo, en la cuna*”, “*¿tendrá hambre?*”, “*no le cojas mucho para que no se acostumbre*”, ... En esta interacción *llanto-actuación de los padres*, hay una forma de control del niño hacia los padres. Y una tranquilidad de los padres hacia el niño: “*está tranquilo*”.

Por otro lado, el temperamento del niño (su herencia genética o la determinación de su sistema cerebral), como lo recogen Kazdin y Buela^(8, p.42), puede ser de tres tipos: blando, intermedio y duro⁽⁸⁾. Esto supone la facilidad o dificultad para el aprendizaje, la disponibilidad para los cambios. Con ello, el establecimiento de rutinas será más o

menos complejo, en el sentido de necesitar más o menos intentos o atenciones para realizarlos. Establecer rutinas es una forma de facilitar el aprendizaje, y con ello el control. Es decir, los horarios para comer y dormir, las rutinas de la higiene y la eliminación facilitan que el niño sepa qué viene ahora y a continuación. De aquí la importancia de establecerlas desde los momentos más iniciales y continuarlas a lo largo de la infancia. *Come/Duerme cuando quieras o tengas ganas, lo que te apetezca*, supone aprender fundamentado en una *falta de control* por parte del adulto (orientación/corrección) para adaptarse al medio.

Parece que al principio todo es cuerpo y todo está mediado por el cuerpo. Y posiblemente también al final. Ciertamente es que sin cuerpo no hay posibilidad de nada más; sin cuerpo tampoco existe cerebro para pensar, interpretar y sentir, siguiendo a Damasio⁽⁹⁾ en su hipótesis del marcador somático. En ella plantea la huella dejada por el resultado de una decisión tomada, buena o mala para la persona; al provocar agrado o desagrado, queda impactada en el cerebro como si de un input de información básica se tratara. Este input fuerza a dirigir la atención sobre el resultado provocado por la acción concreta o el hecho determinado y funciona como una señal automática de alarma en la siguiente ocasión que se tenga que decidir, cuando la previa ha sido negativa. El rechazo de la acción entonces puede ser inmediato, haciéndose necesaria la elección de otra alternativa, reduciéndose así el número de las posibles^{(9) (P.205)}. En este sentido, la seguridad personal y social apunta hacia una focalización limitada de alternativas más conocidas a partir de su experiencia. Las peleas o las actuaciones impulsivas, por ejemplo, les ha sacado de su malestar y les otorga *prestigio* social entre sus pares, aunque el prestigio sea inadecuado o inadaptado.

Los marcadores somáticos son un caso especial de sentimientos generados a partir de emociones secundarias que han sido conectados por aprendizaje a resultados futuros predecibles de determinados supuestos. Así contribuyen a aumentar considerablemente la precisión y la eficiencia de la toma de decisiones. Cuando un marcador somático negativo se yuxtapone a un determinado resultado futuro, la combinación funciona como un timbre de alarma. En cambio, cuando lo que se superpone es un marcador somático positivo, se convierte en una guía de incentivo. A veces operan de forma

encubierta en un bucle^(9 P.205). Es la forma de aprender a través de la acción, su análisis y la retroalimentación. De esta forma, cuando las rutinas se establecen desde los primeros momentos, las limitaciones, la insistencia y la frustración se van aprendiendo y con ello las consecuencias. Posiblemente seguimos aprendiendo buscando consecuencias en las consecuencias y esto a la vez se convierte en el origen de las nuevas inquietudes. ¿Qué ocurrirá si hago/pienso algo con lo que volveré a frustrarme? ¿Qué puedo hacer/pensar para no frustrarme o para enfrentarme a la frustración? ¿Qué es lo que hace que me frustre? etc.

Cualquier emoción, por los cambios fisiológicos que provoca, repercute sobre determinadas zonas del cuerpo y la repercusión es consciente cuando se aprende a atender las sensaciones que alertan de la emoción. El sentimiento que le acompaña se categorizará como agradable o desagradable según las consecuencias acarreadas y categorizadas en este mismo sentido. La manifestación de la tristeza es diferente que la rabia o que la alegría.

A partir de este planteamiento, la pregunta de investigación es si existe sufrimiento en la vida de estos adolescentes y cuál es su significado para ellos. Y si este sufrimiento es previo al trastorno de conducta o es el trastorno de conducta el que lo provoca.

1.2.1. FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad de la presente investigación es poder descubrir la existencia de sufrimiento en los adolescentes con trastorno de conducta, determinando la secuencia temporal de aparición del fenómeno en estudio. Por otro lado, interesa conocer en profundidad, para poder describir, el significado que tiene el sufrimiento para estos adolescentes con TC. Todo esto resultará útil, tanto para las ciencias sociales como para las ciencias de la salud, y aplicable al ayudar a plantear futuras intervenciones que puedan mejorar el cuidado holístico de los adolescentes con TC.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

1.3.1. INTERÉS CLÍNICO-ASISTENCIAL

La existencia de investigaciones sobre el sufrimiento de los adolescentes con TC con perspectiva cuantitativa y desde visiones expertas, tienden a desglosar la realidad clínico-asistencial en múltiples variables y proporcionan, cómo no, conocimiento. Este conocimiento es aún muy incipiente y sesgado. Falta la perspectiva de los adolescentes; preguntarles a ellos directamente y atender a las respuestas que dan. Su orientación puede apuntar en distintas direcciones y concretando un poco más, se incide en el aspecto más enfermero.

Así, el interés clínico asistencial del presente trabajo radica en la perspectiva enfermera y, desde ella, la investigación en cuidados de salud mental. El interés de las enfermeras por el sufrimiento se pone de manifiesto en los estudios utilizados como referencias clásicas y básicas ya citados anteriormente.

Las enfermeras² de salud mental que no trabajan con adolescentes, pero que podrían hacerlo, suelen sentirse desarmadas en estrategias y en habilidades de afrontamiento. Es frecuente escuchar aquello de *“esto se soluciona rápido con un par de tortazos”*. Es cierto que muchas los adolescentes con TC veces generan esta hostilidad como representación del rechazo hacia ellos; supongo que debido a la falta de competencia profesional para abordarles. Pero parece cierto que, si estos adolescentes hubieran aprendido límites o se los hubieran enseñado, ahora no harían lo que hacen. A raíz de afirmaciones de este tipo es necesario insistir en la necesidad de dar a cada persona enferma aquello que necesita. Estos adolescentes necesitan un entendimiento diferente. Los profesionales de la Enfermería, han de poderse formar adecuadamente para entender la expresión del sufrimiento desde planteamientos inadecuados, como los que presentan los adolescentes con TC. Cuando las enfermeras conocen el sufrimiento y lo reconocen en los adolescentes con TC, podrán ayudar a estos adolescentes a afrontarlo.

² Enfermera: Utilizaré el término femenino para referirme tanto a enfermera como enfermero

Así, reconocer y abundar en la exploración del sufrimiento, en su entendimiento, aceptación y tolerancia al mismo, permitirá a estos adolescentes entenderlo como una necesidad de observar la realidad, su situación y sus problemas, con un enfoque más analítico y comprensivo, aceptando la emoción y el sentimiento como parte importante de la vida, por lo que supone de influjo para condicionar el pensamiento y la conducta emergente desde tal planteamiento. Además, al preguntar para explorar y entender, los adolescentes adquieren un protagonismo útil para motivarles a plantearse la necesidad de cambiar su conducta e implicarse en el propio cambio.

Las enfermeras identificamos el sufrimiento. En general dan prueba de ello Charmaz⁽¹²⁾, Morse⁽¹³⁾, ... Y tantas otras que desde hace años y durante muchos, han investigado rigurosa y formalmente. Aunque estas investigaciones no tengan la visibilidad que merecen ni el impacto necesario entre las enfermeras, son investigaciones básicas al considerar el alivio del sufrimiento la piedra angular de los cuidados de enfermería, en tanto que respuesta a los problemas de salud y respuesta emocional a una realidad de la vida.

Las enfermeras aliviamos el sufrimiento y, hasta sería posible, convertir este propósito en el objetivo de la Enfermería. Esto es intuición basada en la práctica clínica y merecería otra investigación para demostrar su impacto y sus resultados. A partir de los conocimientos técnicos, humanos y humanistas, aplicamos unas veces la técnica más dolorosa, suavizada con una intervención comunicativa más comprensiva. Combinamos diferentes técnicas, procedentes todas ellas del mundo del conocimiento, de la evidencia demostrada.

Quedarse en el estereotipo de *“coger la mano y mirar a los ojos”*, que muchos critican, supone mirar a la realidad por encima de las gafas. Supone recurrir a estereotipar, infravalorar e invisibilizar una realidad que, aún muchos no quieren mirar. Lo que ven es una Enfermería capaz, formada y competente, preparada para competir en igualdad de condiciones con quienes han sustentado el poder y, en consecuencia, la opresión del colectivo, ocultando la labor enfermera. Quien, acostumbrado al *“donde yo digo, sentencio”*, no se acostumbra a reconocer que tal sentencia puede ser incompleta y

necesitada de otras perspectivas que afronten la realidad sanitaria desde un punto de vista diferente al de la enfermedad. Y además de incompleta, muchas veces, también equivocada.

Sin embargo, el desarrollo técnico y tecnológico de los cuidados en salud, arriesga la humanización de la atención. Es así como los propios pacientes identifican el corazón de lo que quieren respecto a los cuidados de salud: aumentar la sensación de bienestar y aliviar el sufrimiento durante la enfermedad, o incluso más allá, en los procesos de salud⁽¹⁴⁾. Bien es cierto que las enfermeras al investigar, solemos quedarnos en la descripción de lo que hacemos, pero no llegamos a medir el impacto de ello⁽¹⁵⁾. Es decir, sin resultados seguimos en la cara oscura de la luna, por muy bien que hagamos las cosas.

1.3.2. REPERCUSIONES PARA LOS ADOLESCENTES CON TC

La prestación de cuidados de salud por parte de Enfermería a los adolescentes y sus familias, desbordantes y desbordados en todo cuanto se refiere a la salud mental, no dedica la necesaria y suficiente atención. De hecho están excluidas en la mayoría de los equipos de salud mental extrahospitalarios. La falta de estudios concretos sobre el sufrimiento de los adolescentes con TC tanto en España como a nivel internacional, pone de manifiesto la necesidad de abordar este fenómeno en estas personas desde la perspectiva de las aportaciones que pueden hacer las enfermeras.

Unido a las estrategias que pueden adquirir las enfermeras, los adolescentes se verán beneficiados en el entendimiento del sufrimiento, atendidos en el TC comprendiendo la desorientación como argumento de necesidad de cambio, orientados en su polaridad emocional entre el miedo-rabia y el afecto hacia sus padres, escuchados en sus quejas y molestias, limitados ante sus decisiones, modelados respecto a las conductas de autocontrol, esfuerzo, insistencia y repetición. Los adolescentes obtienen mensajes y

visiones alternativas a los habitualmente recibidas, en línea a motivar conductas de cambio.

El hecho de reconocer esta realidad, ya es una repercusión ventajosa para el adolescente. La razón estriba en el hecho de identificar la perspectiva personal y holística del adolescente y su familia. El fin, conseguir suavizar el sufrimiento subyacente al proceso.

1.3.3. INTERÉS ACADÉMICO

Si se pudiera hacer una disección del conocimiento y de las distintas disciplinas, podríamos decir que el conocimiento existente sobre el sufrimiento, parte de la religión y la espiritualidad en cuanto búsqueda de la trascendencia humana o de la inmortalidad del alma. En disciplinas más aferradas a las conductas externas de las personas, el entendimiento del sufrimiento se realiza desde la psicología, la sociología, la antropología, la enfermería y la medicina. El conocimiento sobre el sufrimiento en enfermería, parte de estudios realizados en contextos diferentes al español; por tanto con usos y costumbres diferentes, en culturas y tradiciones distantes. Una realidad distinta refleja formas de hacer específicas y necesidades concretas, que resultará en un cuerpo de conocimientos específico a la idiosincrasia del contexto de la familia y de la sociedad españolas, así como del adolescente español.

A partir de aquí, el desarrollo de un cuerpo teórico de conocimientos propios de las necesidades de salud planteadas por los adolescentes con trastorno de conducta. La novedad de hacerlo a partir de sus razonamientos y de sus respuestas emocionales, más que de la mera observación deductiva, permite considerar el conocimiento de los significados que los adolescentes dan, precisamente, a lo que hacen, sienten y viven. Se abre así la posibilidad de mejorar el abordaje de estos adolescentes y éste abordaje tendrá un sustrato teórico.

Por otro lado, el interés académico planteado en esta tesis por parte de una enfermera especialista clínica parte de la ilusión ante el hecho de posibilitar a las enfermeras acceder a la universidad en su totalidad, a través de los grados académicos superiores como másteres y doctorados.

1.3.4. INTERÉS PERSONAL

El interés por comprender el sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta parte de la experiencia profesional durante los diez últimos años como enfermera especialista en salud mental y, muy brevemente, como psicóloga clínica. Desde la perspectiva profesional, las clasificaciones nosológicas biomédicas obvian, ignoran o anulan el reconocimiento del sufrimiento cuando relacionan síntomas y signos e identifican con ellos una enfermedad. Sin embargo las enfermeras, establecemos una categorización diferente, basada en las respuestas de salud humanas, para fomentarla, dinamizarla o fortalecer la salud, incluso ante la enfermedad. Desde la disciplina psicológica, sus profesionales defienden la diferencia con el discurso biomédico respecto a los parámetros de salud y enfermedad fundamentados en la objetividad, no reconocida en el campo de la salud mental⁽¹⁰⁾. De esta forma un diagnóstico psiquiátrico de *trastorno de conducta*, lleva aparejadas distintas etiquetas NANDA⁽¹¹⁾, propias de las enfermeras. Por ejemplo, (00188)Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, Conductas para la salud, (00078) Gestión ineficaz de la propia salud, (00194) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, (00095) Insomnio, (00096) Deprivación del sueño (00146) Ansiedad, (00126) Conocimientos deficientes, (00222) Control de impulsos ineficaz, (00174) Riesgo de compromiso de la dignidad humana, (00054) Riesgo de Soledad, (00120) Baja autoestima situacional, (00061) Cansancio del rol de cuidador, (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador, (00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar, etc.

El hecho de considerar que tienen un sufrimiento individual, personal, viene justificado desde la experiencia de sentirse infelices, solos, distintos, impotentes para solucionar

muchos problemas. Incluso para seguir con su vida. A veces muestran desesperación porque no les gusta su vida, ni lo que hacen con ella. Por el hecho de verse desarmados ante sus dudas, la angustia que les invade cuando se encuentran sin salidas, la frustración de la tristeza y la soledad, expresada con rabia la mayoría de las veces. Todo esto hace pensar que el sufrimiento existe

Por otro lado, está mi preocupación por el sentido de la responsabilidad personal en el comportamiento manifestado, en el análisis de las situaciones y de los escenarios de afrontamiento; por el sufrimiento de las personas que, en situación de enfermedad, olvidan los resortes de salud en los que pueden apoyarse. También está mi interés por la psicología de la conducta, de las emociones y cogniciones, tanto como por la importancia de la relación interpersonal, entendiéndola como un reto para llegar a un adecuado entendimiento. Todo ello unido a mi interés por el cuidado a las personas, desde el más absoluto respeto a su dignidad personal, para ayudarles a entenderse y entender mejor su situación y poder con ello llegar a controlarla tras un esmerado autoanálisis y autocrítica de sus propias actuaciones, emociones y pensamientos que la sustentan, son también mis puntos de partida iniciales.

Pienso que los chavales con los que trabajo a diario sufren aunque no lo nombren así. Considero que su conducta está condicionada por su desesperación y aislamiento, por su soledad y confusión que les hace desorientarse en un momento crítico de su vida. En este sentido, hacen lo que pueden o saben y con ello, obtienen atención y dedicación, aunque sea negativamente. Sus conductas pueden obedecer, unas veces a la petición de ayuda para buscar soluciones: tienen necesidad de apoyarse en otros a modo de prolongación de su propia persona. Otras veces obedece al intento de solución, aliviando emociones molestas (angustia, rabia o desesperación) o sentimientos inaguantables (ansiedad, hostilidad o tristeza).

CAPÍTULO II. CONTEXTO TEÓRICO. SUFRIMIENTO Y TRASTORNO DE CONDUCTA

2.1. INTRODUCCIÓN

El sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta es un proceso que no se ha estudiado como tal. Como se ha mencionado anteriormente, sólo se ha encontrado un artículo que trata del TC de los adolescentes desde un enfoque cualitativo⁽⁶⁾, con intención de encuadrarlo en el paradigma de la complejidad. Por esta razón, se realizó un amplio recorrido a partir de artículos encontrados sobre el sufrimiento en otras áreas y en otras edades, el TC y sus diferentes características para entender su significado, poder establecer comparaciones, buscando similitudes y discrepancias, y valorar después las posibilidades existentes al respecto. Finalmente, se localizaron artículos que reflejaban y discutían los relatos de las experiencias que pueden suponer sufrimiento para sus protagonistas.

En el presente capítulo se presentan dos grandes apartados, el sufrimiento y el trastorno de conducta. Se dan los argumentos necesarios para explicar la necesidad de hacer una investigación cualitativa.

Las bases de datos utilizadas fueron CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus, MEDLINE, LILACS, CINAHL. Luego se buscó literatura gris en Google Scholar, Dialnet, Redalycs y DOAJ. Las palabras clave utilizadas fueron: sufrimiento, (suffering), trastorno de conducta, (behavior disorder, conduct disorder), trastorno disocial, (dissocial disorder), adolescentes, (adolescent, teens), investigación cualitativa (qualitative research), teoría fundamentada (grounded theory).

2.2. SUFRIMIENTO

2.2.1. EL SUFRIMIENTO DESDE EL CONTEXTO DE LA SALUD

Al entrar en las bases de datos y observar lo que hay en el mundo del sufrimiento para responder a la pregunta inicial ¿qué es el sufrimiento?, se han encontrado gran cantidad de referencias dedicadas al aspecto más espiritual y religioso del concepto; por otro lado, existe literatura relacionada con la filosofía que conoce y profundiza en el análisis del sufrimiento y sus diferentes elementos. Y finalmente, existen obras sobre la muerte y los moribundos, el dolor y la eutanasia como el fin del sufrimiento, desde una perspectiva de la salud.

Indagando un poco más se intentó profundizar, en relación con la salud y la enfermedad, sobre ¿qué factores intervienen en el sufrimiento de una persona? Se encontraron varios como: la pérdida de salud, la situación de ingreso, el estigma que supone la enfermedad, el alejamiento de la normalidad y de los seres queridos, el tiempo de espera, la desesperanza, la esperanza, la dependencia física y emocional, la opinión de ‘los expertos’, estar en manos de profesionales, la insensibilidad del personal sanitario, la falta de escucha, convertirse en objeto, la falta o la poca información o la forma de darla; el tiempo empleado en hablar con los profesionales de la salud, la falta de poder, el desconocimiento para decidir, la incertidumbre ante qué será lo que tengo, en cuánto tiempo podré volver a mi vida normal, qué secuelas tendré, cómo afrontaré mi futuro, cómo ve mi entorno mi proceso, qué futuro me espera, etc. Como se irá viendo, se encontraron todas estas respuestas, pero no se encontró aquello que se buscaba, el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta.

Es importante considerar el sufrimiento desde un contexto de salud desde la perspectiva de quien lo experimenta: las personas enfermas. Ellas son las protagonistas del fenómeno en primera persona, sus familias y los profesionales implicados. Posiblemente tendrán elementos comunes, pero visiones diferentes, justificados por la variabilidad individual, la individuación, la emoción, la experiencia, el conocimiento y

toda su historia personal, aunque lo realmente importante es lo que significa para cada persona. Ésta es una primera justificación para recurrir a la investigación cualitativa: la intangibilidad del sufrimiento.

La primera pregunta para poder afrontar el sufrimiento es conocerlo, saber qué es, pero la definición es vaga⁽¹⁷⁾ y remite a una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación angustiante y desesperanzada⁽¹⁸⁾ de la vida. Es necesario profundizar en el concepto con el fin de hallar una definición que no varíe según el ámbito de utilización, que contemple los aspectos individuales, sociales, culturales⁽¹⁹⁾ y espirituales con los que la persona se desarrolla en su entorno de crecimiento.

Casell⁽²⁰⁾ define el sufrimiento como un malestar generado por la amenaza inminente, potencial o actual, a la integridad o a la continuidad existencial de la persona. Chapman y Gavrin⁽²¹⁾ amplían esta definición y lo consideran un estado afectivo y cognitivo negativo y complejo, acompañado de una sensación de amenaza a la integridad, de un sentimiento de impotencia para afrontarla y del agotamiento de los recursos personales y psicosociales para enfrentar dicha amenaza. El grado de amenaza a la integridad⁽²²⁾, o el daño percibido, dependen en gran medida de la interpretación que cada persona hace de su experiencia. La valoración personal, cognitiva y emocional, de la amenaza a la integridad personal experimentada, junto con la ausencia percibida de recursos para afrontarla dentro del contexto sociocultural en el que la persona se desarrolla: apoyo social, contexto cultural, condiciones de vida, funcionalidad previa, influirá en el grado del impacto del sufrimiento, en la respuesta al mismo y en su variación temporal. En este sentido es importante considerar el valor de la red social para quien sufre y el apoyo en la adquisición de nuevos recursos cognitivos y emocionales para afrontar la situación discrepante entre las expectativas y los recursos.

Egnew⁽²³⁾ en un intento de unificar ambas definiciones, explica el sufrimiento como el acto intrínseco de una experiencia desagradable, la angustia de un orden diferente que el dolor, aunque puede implicar dolor. Surge de la percepción de la destrucción inminente de la personalidad de un individuo y continúa hasta que la amenaza de desintegración ha pasado o la integridad de la persona se restablezca de una u otra manera. Como tal, el

sufrimiento incluye dimensiones no físicas, expectativas y conductas o formas de hacer o ser, dimensiones social, espiritual, psicológica y cultural, asociadas con el ser una persona.

Estos autores consideran el sufrimiento como una pérdida, una respuesta al dolor. Una importante aportación al conocimiento del concepto de sufrimiento la hace Morse⁽¹³⁾ cuando diferencia entre resistir y liberarse. Resistir es una forma de supresión emocional necesaria para seguir funcionando día a día, necesitando vías de escape para poder liberar tensiones. Liberarse hace referencia al significado del sufrimiento como liberación emocional, es considerado como un recurso terapéutico a través del cual poder elaborar las emociones que acongojan a la persona. Entre resistir y liberar el sufrimiento hay una dinámica diferente. Por un lado obedece a las imposiciones contextuales y normativas, resistir en público y sufrir en privado, o hacerlo con unos familiares para resistir con los otros. Por otro lado, el nivel de acuerdo o aceptación del fenómeno que está ocurriendo, también se mueve entre la resistencia, cuando se reconoce que el suceso ha ocurrido, y la liberación emocional, cuando hay un reconocimiento real de lo ocurrido, con aceptación del pasado perdido y movilización del futuro alterado, más allá del sufrimiento.

Por su parte Bayés⁽²⁴⁾ define el sufrimiento como la consecuencia dinámica y cambiante de la interacción, en contextos específicos, entre la percepción de amenaza y la percepción de recursos, modulada por el estado de ánimo. Cuanto más amenazadora parezca una situación y cuanto menos control crea tener sobre ella, mayor será su sufrimiento.

Existe una visión general del sufrimiento y de su dificultad de reconocer cuando sufre una persona, a pesar de la definición de Chapman y Gavrin⁽²¹⁾, que parece ser la más aceptada por la comunidad científica interesada en este fenómeno⁽²⁵⁾.

En resumen, la pregunta sobre qué es el sufrimiento, en relación con la falta de salud de una persona, queda respondida considerando estos dos aspectos: 1º. Cuando se

experimenta, o se teme experimentar, daño físico o psicosocial, percibido como amenaza para la existencia personal y/u orgánica. 2º. Cuando se cree carecer de recursos para afrontar tal amenaza. Ambas situaciones están correlacionadas y no secuenciadas; es decir, las percepciones de amenaza y de falta de recursos se dan simultáneamente y no una tras otra. El cuestionario de Percepción de Salud De Nottingham parece haberse establecido como una medida de sufrimiento físico, psíquico y social, asociado a problemas médicos, sociales y emocionales, así como su validez para determinar el grado en que este sufrimiento interrumpe las actividades de la vida diaria⁽²⁶⁾. Es una medida de la percepción subjetiva del impacto que tienen los problemas de salud para cada persona; está conformado por seis de sus dimensiones: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social⁽²⁶⁾. En este sentido, se podría establecer como medida objetiva de diagnóstico de sufrimiento pero sólo en población de enfermos crónicos, respondiendo a cuánto sufre una persona. Sin embargo parece ser poco apto para jóvenes y población general, porque no explora cuestiones de salud positiva. Además tampoco se garantiza que se identifique con el cuestionario siempre el mismo fenómeno, ni que equivalga a lo mismo⁽²⁵⁾.

Esto lleva a plantear la diversidad de enfoques existentes para entender el sufrimiento. Son los llamados idiomas del sufrimiento. Se exponen a continuación.

2.2.2. LOS IDIOMAS DEL SUFRIMIENTO

Según la bibliografía consultada hay quien relaciona el sufrimiento exclusivamente con la muerte. Otros se centran sólo en el aspecto emocional, en cuanto a lo desagradable, fastidioso, incómodo o lo molesto que resulta. Muchos son los que lo identifican con el dolor, pero también hay un sufrimiento en el enfermar, del tipo que sea la enfermedad, por lo que supone de frustración, de freno en el desarrollo de la vida cotidiana, del progreso o paso del tiempo.

Una forma positiva de entender el sufrimiento se encuentra en la actitud de resiliencia,

mostrando la capacidad para superar la adversidad cuando ésta se entiende como un reto. Según Cyrulnik la resiliencia permite adquirir recursos personales, estrategias para superar los efectos nocivos de la adversidad y hacerse resistente al sufrimiento a través del proceso evolutivo que vertebra su propia historia, cuando han existido el apoyo de personas convertidas en significativas y se ha superado la pasividad a través de la actuación, la participación y el compromiso con el propio desarrollo⁽²⁷⁾. O como la recoge Manciaux, la resiliencia supone recuperarse. Es ir hacia adelante tras una enfermedad, un trauma o una situación de estrés. Supone vencer las pruebas y las crisis de la vida. Resistirlas primero y superarlas luego, para poder seguir viviendo lo mejor posible, rescindiendo un contrato con la adversidad⁽²⁸⁾. En este sentido Puig y Rubio⁽²⁹⁾ destacan el concepto de “crecimiento postraumático” y subrayan las condiciones alcanzadas por la persona tras la adversidad, cuando ésta es superada. Reconocen una evolución personal, un aprendizaje del afrontamiento afectivo de las situaciones y condiciones adversas. Pero también reconocen la existencia de un mínimo número de personas que mueren o enferman durante todo el proceso de adversidad y sufrimiento. Cabe una crítica en esta afirmación respecto a la consideración de escaso este número de personas que perecen, en el sentido de oponer cantidad a calidad, pues desde la perspectiva de ética de la dignidad humana, el hecho de una sola muerte ya es una catástrofe por la que la solidaridad de los otros debiera reivindicar. Por otro lado, la escasez de número es posible que se deba a la imposibilidad de “mirar hacia” aquello que produce adversidad y sufrimiento.

Sin embargo, no existe una manera concreta con un criterio común y unívoco para diagnosticar el sufrimiento. Perseius y cols. hablan de los múltiples idiomas del sufrimiento⁽³⁰⁾. Algunos autores lo relacionan, en los entornos hospitalarios, o de salud en general, con los tiempos de espera para el establecimiento de tratamientos o pruebas diagnósticas^(31, 32). Para otros el sufrimiento se relaciona con la escucha a la persona enferma^(23, 18) y a sus familiares por parte de los profesionales de la salud. Permanyer⁽³³⁾ y Prieto, por otro lado, recurren a la utilización de cuestionarios sobre salud general como el Perfil de Salud de Nottingham⁽²⁵⁾. También utilizan el Cuestionario de Salud General de Goldberg que mide el grado de salud autopercebida, relacionada por ciertos estados emocionales asociados al bienestar psicológico⁽³⁴⁾, aunque hay quien lo considera una medición del estado de salud mental de las personas⁽³⁵⁾ de una forma

preventiva.

Otros autores se centran en la observación de la comunicación no verbal⁽¹³⁾, insistiendo en la necesidad de incrementar la investigación cualitativa para poder llegar a conocer más sobre este problema. Por otro lado, las posibilidades de aliviar el sufrimiento con técnicas, habilidades, estrategias de comunicación es una vertiente importante del manejo del mismo, que también se ha trabajado^(36-38, 23, 24).

Existen múltiples contextos para experimentar sufrimiento⁽¹⁷⁾. Es posible agruparlos y jerarquizarlos por orden de importancia, aunque la ponderación siempre es personal y cada cual señalará la mayor importancia de aquella que le toca afrontar. Siguiendo a Callahan⁽¹⁷⁾ destacaremos cinco posibilidades:

- Situación de pérdida de salud y enfermedad como consecuencia de la morbilidad y mortalidad del ser humano, generan dolor y sufrimiento, tanto para la propia persona como para los allegados que ven sufrir a sus seres queridos sin poder hacer nada para reducirlo o eliminarlo.
- Violencia social, caracterizada por el abuso de poder que una persona ejerce sobre otra a la que somete, con intención y finalidad de provocarle un daño, produciendo un sufrimiento intenso. Destacan como ejemplos cotidianos, la violencia de género, el hostigamiento laboral, las guerras, el terrorismo o el acoso político entre otros-
- Catástrofes naturales. Resultan impredecibles unas veces, y otras, sumamente peligrosas, generan también dolor y sufrimiento a gran número de personas. Son las inundaciones o las sequías, los tsunamis o los terremotos y los huracanes, por ejemplo.
- Accidentes domésticos, laborales, deportivos, automovilísticos como consecuencia de la precariedad unas veces y la velocidad otras, sesgan vidas unas veces y mutilan cuerpos otras. En cualquiera de los casos, dolor y sufrimiento están nuevamente presentes.
- Decisiones cotidianas y el transcurso de la vida diaria tales como la

existencia de problemas entre los familiares más allegados como el envejecimiento de los padres y su transformación en personas dependientes de los cuidados de otros, la independencia de los hijos y el abandono del hogar, los divorcios, separaciones o pérdidas laborales de amigos próximos, y un etcétera tan largo como posibilidades existen en la vida.

El presente trabajo se centrará en la reflexión sobre el sufrimiento relacionado con la salud desde contextos sanitarios, para indagar sobre la posibilidad de ayuda que pueden ofrecer los profesionales de tales disciplinas.

Lo mismo que distintos tipos de dolor, también hay múltiples formas de sufrimiento y sobresale el derivado de una noticia inesperada y de incierto futuro, como un diagnóstico de enfermedad terminal o crónica. Después llega la búsqueda de significados y sentido al sufrimiento, que ayudan a sobrellevarlo mejor⁽³⁹⁾, por ejemplo cuando se sabe de la temporalidad necesaria para llegar a mejorar una situación, como enfermedad, condiciones de vida, exigencias ambientales, dolor agudo, etc. La sensación de malestar no entendida, hace acudir al médico, o aguantar, según la persona lo afronte, solicitando ayuda para su alivio.

Dolor y sufrimiento suelen utilizarse como sinónimos. Incluso, desde una perspectiva neurobiológica, se suelen considerar una misma respuesta con distintos matices. Se justifica tal afirmación, al identificar la misma localización de las zonas cerebrales estimuladas tanto en el sufrimiento producto de un dolor físico y el sufrimiento generado por un dolor emocional o social⁽²³⁾. Sin embargo, resulta necesario en este momento establecer las diferencias entre ambos. Así el dolor es la respuesta ante una amenaza, real o potencial. Es resultante de la unión mente-cuerpo cuando se presenta una amenaza a la integridad corporal. Por otro lado, el sufrimiento, es más amplio y elaborado. Requiere autoconciencia en tanto que percepción de sí mismo como ser total y conciencia de los estímulos que la afectan; también requiere una identidad personal, un sentido de continuidad temporal y conservación de dicha identidad. Es decir, el sufrimiento requiere sentido subjetivo de identidad. Por ello, la vulnerabilidad de una persona al sufrimiento depende de quién es y qué hace en la sociedad. En definitiva,

ambos se asemejan en cuanto que son amenazas a la integridad del ser.

Sin embargo las diferencias entre sufrimiento y dolor se plantean específicamente desde la psicología. En ella y siguiendo a Chapman y Gavrin⁽²¹⁾, el sufrimiento se entiende como la amenaza a la integridad del sí mismo, e implica un alejamiento entre las expectativas personales de lo que hace o es y lo que realmente la persona hace o es. Cuanto mayor sea la disparidad, mayor será el sufrimiento y viceversa. Y la disparidad se debe a la falta de recursos para afrontar la amenaza. Pero será importante considerar las circunstancias e influencias que sumen la ausencia percibida de recursos para afrontar la amenaza. Entre ellas las costumbres, los hábitos y los valores de la cultura a la que pertenece la persona o en la que está contextualizada; el grado de apoyo social disponible, las condiciones de vida en momentos puntuales y la funcional mostrada previamente⁽²²⁾.

En definitiva, se puede decir que el sufrimiento se inicia con el dolor, en el momento que la persona percibe su integridad física amenazada. Pero lo traspasa cuando además, percibe la ausencia de recursos para poderla afrontar y se ponen en marcha todo un cortejo reactivo de emociones que, encabezadas por el miedo, van a provocar un estado emocional diferente al que provoca exclusivamente el dolor.

Enfermedad, sufrimiento, dolor y muerte son fenómenos propios de la vida humana, siempre presentes en ella, exigen poner en marcha recursos psicológicos, emocionales y conductuales para afrontar la realidad⁽⁴⁰⁾, siendo diferentes según las personas y las situaciones. Así, la misma enfermedad (*disease*), en distintas circunstancias sociales (*sickness*) y en diversas personas, produce diferentes vivencias de enfermedad (*illness*), dolor, y sufrimiento^(41, 42). En cuanto a éste último, pocas palabras explican tanto.

Empezar a estudiar el sufrimiento, supone adentrarse en un mundo desconocido. Quizás esto no sea cierto del todo; más bien es un mundo temido por lo desconocido. Un mundo ajustado a los supuestos de la modernidad⁽⁴³⁾ que condicionan una respuesta evasiva al dolor, o bien un enfrentamiento dificultoso, en el que muchas veces resulta

demasiado difícil sobrellevar y sobreponerse al propio sufrimiento. Los principales malestares psicológicos de la vida actual se mantienen y empeoran entre otros, la ansiedad por la felicidad, el incremento desmesurado de las expectativas personales, la existencia desmesurada de la necesidad de control y la búsqueda del bienestar constante. Hay una negación del sufrimiento humano como parte consustancial de la propia existencia y surge, sin embargo una paradoja. Viviendo en un mundo más cómodo, más seguro, más preciso y menos doloroso, se genera el sufrimiento de vivir en un entorno diseñado para buscar la felicidad y evitar el sufrimiento. Es el sufrimiento por evitar tener sufrimiento. Un sufrimiento desmedido al intentar controlarlo, negando, menospreciando o ignorando la inexorabilidad del sufrimiento⁽⁴⁴⁾.

Se rechaza lo espiritual-emocional. El ser humano, al hacerse cada vez más dueño del mundo por medio del poder que le dan la razón y la tecnología, va cambiando el sentido del contexto en que ubica su vida. Se transforma en sujeto y, fantásticamente, deja de ser objeto en manos de la naturaleza. Con ello adquiere poder, se convierte en dueño del mundo conocido y controlable. Lo trascendente, lo espiritual se hace cada vez más lejano y más ajeno. El objetivo de la vida se concentra en la satisfacción de sus necesidades. Se busca maximizar el placer como fuente de bienestar tanto para el individuo como para la sociedad. El consumo se convierte en el fin del trabajo y de la vida. La búsqueda de la felicidad se convierte en la maximización del placer y la evitación del dolor. Ésta supone su negación utilizando los arsenales consumistas de la modernidad: búsqueda de sensaciones intensas, pasarlo bien y vivir el momento, recurriendo a cualquier cosa para conseguirlo. El sufrimiento se oculta en espacios íntimos, no se reconoce socialmente, no es compartido ni ritualizado; al contrario, es una molestia para los otros. Thumala recoge distintos trabajos con pacientes con cáncer y describe cómo se observa el temor a hablar de lo que constituye un miedo significativo para estos pacientes: el temor a la muerte o a una recaída en la enfermedad. El temor, de los pacientes, o de sus familiares, suprimen constantemente los sentimientos de las conversaciones, haciéndose mayores y más poderosos. Así el miedo a la recaída y a la muerte puede llegar a ser abrumador⁽⁴⁵⁾. Por otro lado, los pacientes sienten a veces la distancia de sus familiares, cuando no es posible conversar sobre sus preocupaciones⁽⁴³⁾.

En este sentido, la realidad es tozuda; muchas veces devuelve la inevitabilidad del sufrimiento. Sobre todo cuando existe una situación difícil de afrontar, en la que las emociones no se identifican o se niegan, provocando una relación problemática, al centrar la atención en cosas diferentes que la concienciación y el entendimiento de lo que ocurre. Además, el sufrimiento de un paciente, con todas sus implicaciones expone al profesional de enfermería a tener que admitir los temores propios, la vulnerabilidad y las limitaciones, a veces no reconocidas⁽⁴⁶⁾.

Dolor y sufrimiento han de colocarse en el centro de sus concepciones teóricas, al lado de los conocimientos científicos y técnicos regidos por los principios bioéticos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia⁽⁴⁰⁾. Y desde aquí empezar a entender, ayudar y aliviar a quienes sufren.

Jean-François Lyotard⁽⁴⁷⁾, afirma que el sufrimiento y los otros grandes temas de la humanidad son cuestiones difíciles de representar. Lo no-representable es lo que se “excluye”, lo que se “falsifica”. Lo que no quiere verse: la desesperación del paciente, la de los profesionales sanitarios, los problemas de salud producto de las injusticias, etc. Lo que se falsifica minimiza la realidad de la persona al no indagar ni escuchar los significados que ésta da a su realidad. El fracaso de los profesionales de la salud en comprender la naturaleza del sufrimiento puede dar lugar a intervenciones técnicamente adecuadas, que no sólo no sirven para aliviar el sufrimiento, sino que se convierten en una fuente más de sufrimiento^(20, 42, 48). Así surge la idea de frialdad y distancia emocional de los profesionales de la salud en su atención clínica.

La atención sanitaria es cambiante y evolutiva. Se adapta a nuevos y diferentes retos en los diferentes momentos de la historia. Sigue contando con grandes y graves defectos, por lo que abundan las críticas referidas a la naturaleza impersonal y burocrática de la práctica clínica actual. El término más extendido para denominar esta ruptura en la relación personal sanitario-paciente es “deshumanización”. El intento de objetivar al paciente centra la atención en sus datos biofisiológicos. Existe una concentración de la ocupación en el cuerpo-objeto enfermo, que desprovisto de su valoración como persona con sus rasgos individuales y personales, sus valores y sentimientos, la deshumaniza. Se

llega a deslegitimar el sufrimiento, dejar de lado la persona-sujeto que experimenta existencialmente un sufrimiento. Tal descontento se entiende como despersonalización⁽⁴⁹⁾ de la sanidad. En esta despersonalización destaca, por un lado la cosificación, la falta de afecto cálido en la relación humana, ausencia de un verdadero encuentro enriquecedor y violación de los derechos de la persona enferma: privacidad, confidencialidad, autonomía y comunicación de la verdad⁽⁵⁰⁾. Todo esto se traduce en el alejamiento afectivo de los profesionales de la salud que, se dirigen a la persona enferma como si fuera un número más, una parte de su cuerpo o la representación de una patología. Viendo a la persona enferma tan parcelada y cosificada, es fácil rayar con la indiferencia durante el tiempo laboral. Se mantiene así una relación alejada de la satisfacción o claramente de insatisfacción, a veces encaminada a evitar “el contagio emocional”. De esta forma se establecen relaciones distantes de la estructura moral de una profesión de servicio. En la práctica se modifican los valores y la naturaleza de estas profesiones.

2.2.3. LA EXPRESIÓN DEL SUFRIMIENTO

¿Cómo se expresa el sufrimiento? “El sufrimiento es personal, individual y es expresado como una narración (...). La falta de sentido transmitida en la narración del paciente”⁽²³⁾ (P. 171), puede ser interpretada por el profesional de la salud⁽⁵¹⁾, quien “le ayudará a crear o descubrir una narración de sanación con nuevos significados que trascienden al sufrimiento”⁽²³⁾ (P. 171). Para considerar el sufrimiento es importante conocer el grado de preocupación que los síntomas originan en la persona enferma, no los propios síntomas. Para conocer su existencia se necesita una interacción verbal activa entre personal de enfermería y persona enferma. Es insuficiente la simple observación, tratar de adivinar o fiarse de la intuición profesional, aunque pueda ayudar⁽²⁵⁾. Cada persona aprende de manera diferente recursos de afrontamiento a los problemas. Las habilidades comunicativas necesarias en la interacción verbal activa añaden a la comunicación, la escucha activa y útil y la empatía.

La enfermedad, para la persona enferma, es una interrupción en la manera en la que él o ella, hasta el momento de enfermar o del diagnóstico, ha visto y definido la vida. La enfermedad le lleva a vivir una serie de negociaciones cotidianas con la subjetividad y la intersubjetividad, la identidad y el espacio requerido para la escucha de una manera acogedora para poder empezar el nuevo proceso de adaptación. Cuando el paciente puede hablar con el profesional, supone la existencia de una presencia terapéutica y empática frente a la presencia apática o incluso dispática de éste. Esta comunicación de la experiencia de su enfermedad le ayuda a la persona enferma en la adaptación a los cambios que conlleva aquella interrupción; y a evolucionar para llegar a tomar el control, construyendo su propia historia en palabras: lo que le ha ocurrido. Hablar de su realidad y de sus significados, convierte a la persona enferma en lo que debería ser: el protagonista de la relación terapéutica. Los profesionales sanitarios, al escuchar con respeto e interés, abandonan su protagonismo en la relación de ayuda para convertirse en testigos empáticos que legitiman y afirman la experiencia del paciente⁽⁵²⁾. De esta forma será posible llegar a detectar, valorar y etiquetar el sufrimiento de la persona a la que se intenta ayudar profesionalmente.

2.2.4. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. DIAGNOSTICAR EL SUFRIMIENTO

En la disciplina enfermera existe desde 1998 el reconocimiento del diagnóstico de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), “(4.4.1.) Sufrimiento espiritual” en el dominio Valores. Se definió como “*alteración del principio vital que satura todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano*”^(53 p.190). Integraba los diagnósticos iniciales de la Taxonomía I. A partir de la edición 2001-2002 fue cuando se transformó la taxonomía I en taxonomía II. Este diagnóstico se relaciona con el aspecto más religioso o espiritual del término. Sin embargo, no están incluidas otras acepciones⁽⁵³⁾.

Se modificó a partir del año 2002 y quedó incluido en el dominio Principios Vitales,

dentro de la clase Congruencia entre valores/creencias/acciones. En la versión 2012-2014 se define como el “*deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al propio yo*”^(54 p. 407). Las características definitorias de este diagnóstico hacen referencia a cada una de las conexiones que se pueden dar.

- Conexión del yo. Ira, expresa falta de aceptación, expresa falta de coraje, expresa falta de esperanza, expresa falta de amor, expresa falta de significado en la vida, expresa falta de propósito en la vida, expresa falta de perdón en sí mismo, expresa falta de serenidad (paz), culpa, afrontamiento ineficaz.
- Conexión con los otros. Expresa alienación, rechaza las intervenciones con personas significativas, rechaza las interacciones con los líderes espirituales, verbaliza estar alejado de los sistemas de apoyo.
- Conexión con el arte, la música, la literatura y la naturaleza. Falta de interés por la naturaleza, falta de interés en la lectura de literatura espiritual, incapacidad para expresar un estado previo a la creatividad (cantando, escuchando música, escribiendo).
- Conexión con el poder superior al yo. Expresa ira hacia un poder superior, expresa sentirse abandonado, expresa desesperanza, expresa sufrimiento, incapacidad para la introspección, incapacidad para experimentar trascendencia, incapacidad para participar en actividades religiosas, incapacidad para orar, solicita ver al líder religioso, cambios súbitos en las prácticas espirituales

Es en la última edición de estos los diagnósticos de la NANDA cuando surge el “Sufrimiento moral”. Está incluido en el dominio Principios Vitales, dentro de la clase Congruencia entre valores/creencias/acciones, como el anterior. Se define como la respuesta a la incapacidad para llevar a cabo decisiones o acciones éticas o morales elegidas⁽⁵⁴⁾. Es decir, a partir de ciertas características definitorias de la *conexión con el yo, con los otros y con un poder superior*, pudiera encajar en la percepción del sufrimiento de los adolescentes con TC, aunque el de estos abarca un aspecto más afectivo-emocional. A partir de estos diagnósticos enfermeros las enfermeras plantean algunas intervenciones posibles, propias de esta disciplina y recogidas en otra

taxonomía (NIC) con las que poder llegar a completar la denominación y todo lo que ello conlleva. El diagnóstico del sufrimiento en cualquier disciplina, requiere observar y explorar sus orígenes para poderlo valorar⁽²³⁾, diagnosticar, planificar cuidados e implantarlos para poder hacer luego la evaluación oportuna.

Así pues, hacer un diagnóstico de sufrimiento, implica cuatro consideraciones destacadas por Egnew⁽²³⁾, que se explican y amplían en las siguientes líneas:

- (A) Preguntar directamente a la persona enferma y/o a su familia⁽²³⁾. La comunicación con el enfermo lleva a la exploración del sufrimiento, de los significados que adopta, del aprendizaje, de lo que ha experimentado, sentido, a lo que se ha arraigado y vinculado una persona.
- (B) Apreciar y considerar los sonidos y las imágenes de sufrimiento⁽²³⁾. Presenciar el sufrimiento de la persona enferma es importante porque permite, como profesionales, aprender nuevas maneras de ver. Son otras posibilidades de mirar y acompañar profesionalmente a la persona enferma. Atender a los significados y posiciones de las personas enfermas y de sus familiares, posibilita ofrecer ayuda para encontrar satisfacción en el importante trabajo de estar presentes con las personas que atraviesan momentos difíciles⁽²⁴⁾.
- (C) Detectar la pérdida de conexión de quienes se han retirado en su sufrimiento. La narrativa del ser humano se revela, pero también se esconde⁽²³⁾. Morse lo denominaba contenerse en público y sufrir en privado⁽¹³⁾. Posiblemente lo compartido con los profesionales de la salud, pueda dejar de esconderse cuando hay presencia empática del profesional y posibilidad de una escucha activa, atenta y ocupada en la tarea de acompañar en la experiencia.
- (D) Relación empática. El diagnóstico del sufrimiento depende de forma

exclusiva de la experiencia subjetiva de los profesionales que lo valoran⁽²³⁾. Suele decirse que las personas sin creencias religiosas, o sin hijos, sufren más al sentirse más solos. Es una justificación de quien no quiere hacer el esfuerzo empático del sentido personal del sufrimiento y, consideramos, experimentan la compasión simpática sin hacer el esfuerzo comprensivo para llegar a la empatía. Unas veces por dificultad para entender (emic) y otras por intentar adoctrinar en los propios postulados cuando se recuerda excesivamente la posición de experto (etic) en lugar de la de acompañante.

El sufrimiento no afecta a la mortalidad, pero influye en diferentes aspectos de la vida:

- La calidad experimentada de cómo es ella.
- El bienestar.
- Las experiencias futuras.
- El recuerdo de la experiencia.
- La motivación para buscar ayuda o en el rechazo a dejarse ayudar.
- El aprendizaje de su experiencia en un sentido u otro.

Todo esto puede determinar la vida futura de una persona, en tanto que búsqueda de la muerte, enfermedades o alteraciones de la salud asociadas. ¿Cómo se ayuda a aliviar, paliar o suavizar el sufrimiento? Se puede resolver cuando se elimina la amenaza a la integridad, se alivia el malestar y se reconstruye la integridad de la persona para reanudar su participación decidida con el mundo. No todos los sufrimientos se pueden solventar y algunos tipos están más allá de la responsabilidad sanitaria. La carencia de soluciones más adecuadas lleva a medicalizar algunos problemas sociales de otro modo inextricables⁽⁵⁵⁾.

Es responsabilidad entonces de los profesionales de la salud, ayudar a suavizar los sufrimientos de las personas, cuando el problema está inmerso en la responsabilidad sanitaria. Cada vez más, existen problemas sociales (precariedad laboral, desempleo, acoso escolar, violencia de género, ...) que mantienen una estrecha relación con el

mundo sanitario, por las secuelas que originan sobre la salud, muy especialmente con la salud mental. Es el caso, por ejemplo, de las enfermedades denominadas autoinmunes, provocadas por estrés y/o depresión. De cualquier forma, a medida que hay más conocimiento sobre las cosas, existe más posibilidad de poderlas controlar. La crisis global, sin embargo, está generando nuevas formas de enfermedad, estas más relacionadas con el sufrimiento. En este caso, el sufrimiento de la vida cotidiana, entre los ejemplos más inmediatos que rellenan los medios de comunicación destacan los deshaucios, quiebras empresariales con despidos masivos, . unas veces por amenaza de la subsistencia y manutención de la prole y otras consecuencia de la pérdida de poder adquisitivo. Todo lo cual requiere, además de la responsabilidad personal para solucionar los problemas en los que cada uno se ve inmerso, la ayuda profesional en forma de educación para la salud (EpS), por ejemplo. La EpS no se cuestiona cuando existen unas instrucciones precisas sobre los cuidados necesarios a la hora de restablecerse del sometimiento a una intervención quirúrgica o recuperar la capacidad respiratoria funcional tras un proceso respiratorio. Sin embargo, la EpS en tanto que proceso de enseñanza, o transmisión de información, para que las personas con problemas de salud mental, o incluso diagnosticadas de enfermedades mentales, aprendan o pongan en marcha, recursos y habilidades personales, nuevas, infrautilizadas o no usadas, para afrontar situaciones desconocidas y desagradables, que ponen en riesgo la integridad personal. Resulta más rápido, aunque no siempre tan eficaz, la utilización de las recetas de ansiolíticos o antidepresivos, cuando lo necesario suele ser otro tipo de medidas para las que, supuestamente, no existen recursos.

2.2.5. AYUDAR A SUAVIZAR EL SUFRIMIENTO

Para poder hacer frente al sufrimiento, es necesario que la persona que sufre ponga en juego los recursos derivados de su historia de aprendizaje personal, tanto como de su red de apoyo social⁽¹⁹⁾.

El sufrimiento puede ser superado a través de su aceptación, de la creación de nuevas conexiones con el mundo, y a través de la búsqueda de significado en la experiencia del

sufrimiento⁽²³⁾. A veces sólo es posible actuar sobre la percepción o sobre los significados del problema de la persona con sufrimiento⁽⁴⁰⁾, pero esto es ya una alternativa diferente de afrontamiento de la realidad. Las personas enfermas en la relación con las enfermeras a través de los cuidados, anhelan una comprensión más íntima y profunda de su problema.⁽⁵⁶⁾ Cuando las enfermeras no llegamos a esta comprensión, añadimos, posiblemente, sufrimiento al sufrimiento ya existente.

El ser humano como ser en relación, se comunica tanto voluntaria como involuntariamente. Siente necesaria la estabilidad emocional de las relaciones. Aparece sufrimiento cuando en el núcleo de pertenencia (familia, círculo social, entorno laboral) está amenazado con pérdidas o abandonos y con estos, los afectos acompañantes, como estima y respeto. Estas necesidades no se cubren con fármacos o máquinas, sino que se consiguen con la presencia de otras personas. Esta es la razón por la que una relación terapéutica puede resultar de gran ayuda frente al sufrimiento⁽¹⁸⁾. La proximidad y continuidad de las enfermeras al lado del enfermo y su familia, las posiciona en el mejor de los lugares para poder establecer tal relación. Esta relación, para que resulte efectiva, requiere grandes compromisos, un grado de madurez elevado y una estabilidad emocional⁽²³⁾. De lo contrario, el síndrome de burn out acechará a las profesionales. Emerge de aquí la necesidad de abordar el tema del sufrimiento y su alivio en profundidad.

Gracia⁽³⁶⁾, propone un método deliberativo para profundizar en el análisis de problemas complejos y ayudar a tomar decisiones difíciles con respecto a la salud, en una relación entre personal sanitario y personas enfermas. Arranz y cols.⁽³⁷⁾ consideran un buen método deliberativo el *counselling*, una forma de poner en marcha las habilidades emocionales y de comunicación. Valverde ha reflexionado sobre la importancia de los significados de los pacientes para enfermería, a la luz de la filosofía⁽⁵²⁾. Y con ellos llegar a comprender los distintos sentidos e interpretaciones, para llegar a entender su experiencia y su realidad.

La existencia de habilidades específicas para facilitar el proceso deliberativo, incluye distintas estrategias. Destacan la actitud empática para transmitir comprensión al

paciente y una aceptación incondicional de su persona, con las que poder hacer una comunicación efectiva, proporcionar soporte emocional, ayudar en la solución de problemas, fomentar la autorregulación y el autocontrol y permitir un afrontamiento más eficaz de las situaciones generadoras de malestar emocional⁽⁵⁷⁾. Resultan también útiles para los profesionales de la salud, las estrategias psicológicas específicas que les ayudan a superar miedos, inseguridades o sufrimientos personales en el proceso de análisis de los conflictos que surgen en la relación con familiares y enfermos.

Egnew habla del contacto terapéutico necesario para la sanación, entendida a partir del concepto de sufrimiento de Chapman y Gavrin como la narrativa de la situación actual, crítica y sin sentido para quien sufre, orientada por los profesionales de la salud hacia el descubrimiento del sentido del sufrimiento, así como la creación de un entorno seguro en el que poder describir la verdadera experiencia emocional y personal⁽²³⁾. Éste implica una alianza terapéutica facilitada por la empatía, la calidez y la autenticidad. Ser "oído y aceptado" va más allá de la comprensión intelectual de la persona que padece una difícil situación. Implica desarrollar una relación que vincula al paciente con el profesional sanitario, con su comunidad y le hace ver un nuevo futuro a pesar de los cambios experimentados⁽²³⁾.

La comprensión empática⁽⁵⁸⁾ permite a los profesional de la salud, de manera activa y deliberada, ser guía de los pacientes para reescribir sus relatos de vida y afirmar la normalidad, establecer la aceptación, descubrir el significado, hacer nuevas conexiones con el mundo, trascender el sufrimiento y comprender la experiencia vivida como una forma de madurar, en la que ha elaborado estrategias de afrontamiento necesarias para la vida. Estas actitudes y habilidades requieren entrenamiento personal, autoanálisis y autocritica para acercarse a la persona enferma, sin confundirse o confundirle en la transferencia y contratransferencia emocionales, potencialmente dañinas en la relación para la sanación.

Por otro lado, Egnew⁽²³⁾ enseña la sanación como un proceso, requiriendo la metamorfosis de la función del profesional sanitario desde experto solucionador de problemas hasta convertirse en sirviente y acompañante de quien sufre, "un

acompañante en el viaje de sanación”, en el que se produce una mutua maduración por los aprendizajes adquiridos, o posibles de adquirir. La relación empática, no es simplemente un atributo relacional, sino que tiene efectos fisiológicos, según este autor. Defiende también que los enfermos crónicos y sus familias necesitan remoralización, es decir, entender la relación sanitaria como un catalizador de la moral. Los profesionales de la salud usan la ciencia para tratar la enfermedad pero se basan en sí mismos para explorar el sentido de la conexión de los pacientes a su experiencia de la enfermedad y para guiar a la sanación⁽⁵⁸⁾. Éste proceso requiere reconocer la realidad de la presión asistencial como responsable de la reducción significativa del diálogo con los pacientes. Pero también la excusa para hacerlo. Atender y entender el sufrimiento requiere aproximación para pensar a través de la escucha, cercanía cognitiva para comprender la realidad de la persona enferma.

¿Es el tiempo una necesidad real de los profesionales para conseguir asistir a las personas enfermas de esta forma?

La vivencia diferencial del tiempo⁽³¹⁾ en profesionales de la salud, en enfermos y en familiares puede aportar alternativas para ayudar a disminuir el sufrimiento. Para los pacientes y sus familiares el tiempo de enfermedad es siempre tiempo de espera; cuanto más incierta sea ésta, menos posibilidades de controlarla existen y peores sean sus expectativas, más sufrimiento experimentarán. Para los profesionales sanitarios, en cambio, el tiempo de enfermedad es tiempo de trabajo. Este trabajo muchas veces insuficiente para dar toda la atención necesaria.

Para disminuir el sufrimiento del enfermo hay una pluralidad de formas de dotarlo de sentido y ninguna receta mágica que sirva para todos⁽⁵⁹⁾. Bayés recomienda cuatro estrategias para disminuir el sufrimiento de la persona enferma e incrementar su bienestar⁽²⁵⁾:

- a. - Identificar en cada momento los síntomas o situaciones percibidos por el paciente como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización

amenazadora desde el punto de vista del paciente.

b. - Tratar de compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas, controlando los psicosociales y espirituales. Si no es posible disminuirlos o atenuarlos, se tratará de suavizar la amenaza que representan para el paciente, incrementando su percepción de control sobre la situación al facilitarle información veraz, clara y tranquilizadora.

c. - Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. En caso necesario, proporcionárselos o, si es posible, facilitarle el aprendizaje de recursos nuevos - habilidades de comunicación, estrategias para afrontar problemas, etc.- que le permitan, en cada momento y dentro de su situación, el mayor grado de autonomía posible.

d. - Si el estado de ánimo del enfermo presenta características ansiosas o depresivas, habrá que utilizar las técnicas específicas adecuadas - farmacológicas y/o psicológicas- para intentar modificarlo.

Como se puede ver, “mejorar el bienestar de la persona” no es lo mismo que disminuir el sufrimiento. El bienestar está más relacionado, incluso a veces, limitado a los síntomas físicos, o relacionados con lo físico, de las personas en proceso de fin de vida.

Es frecuente que los profesionales de la salud se encuentren cada vez más personas enfermas que demandan, o esperan, la oportunidad de ser escuchados y poder hablar de sus preocupaciones con alguien dedicado a comprenderles, profesionales con capacidad de reconocer la importancia que tiene para quien sufre, la escucha atenta; con alguien que no les sugiera sus propias respuestas a sus preguntas, ni les reduzca a algo más digno de estudio o análisis⁽⁶⁰⁾. Para aliviar el sufrimiento⁽²⁴⁾ y facilitar el camino hacia la serenidad es necesario aprender no sólo a explorar y entender a los seres humanos como personas, sino también ayudarles, en lo posible, a adquirir control sobre cada situación.

Lo hasta aquí expuesto procede del afrontamiento del sufrimiento por adultos y generalmente moribundos o con enfermedades terminales. La razón de seleccionar estas referencias obedece a la ausencia de referencias específicas de los adolescentes o concretas para el trastorno de conducta. La intención es recurrir a lo estudiado sobre el sufrimiento en otros ámbitos, para valorar si eso es también aplicable para los adolescentes con trastorno de conducta y/o cuáles son las modificaciones necesarias a abordar.

2.2.6. ACEPTAR EL SUFRIMIENTO

¿Por qué es necesario aceptar el sufrimiento? Porque el sufrimiento es parte intrínseca e inevitable de la vida humana y al aceptarlo se reconoce como tal, posibilitándose la adaptación para su afrontamiento. Sin embargo la negación del sufrimiento, o la resistencia al mismo, reduce la capacidad de la persona para su afrontamiento.

¿Cómo se llega a aceptar el sufrimiento de la enfermedad? Es posible asistir la aceptación cuando los sentimientos de la persona enferma se entienden como normales en su situación y se entienden las respuestas a su enfermedad. Aceptar el sufrimiento se convierte en un estilo personal de afrontar la enfermedad y el sufrimiento acompañante, estilo que refleja un nuevo sentido de identidad. Y con él, emerge también un nuevo sentido de integridad, una nueva forma de ser en conexión con el mundo y con las demás personas. Cuando se rompe algún aspecto de la personalidad, se produce el sufrimiento, alterando la anterior integridad y todos sus significados. Aceptar el cambio, sin perseguir o rechazar el aspecto desaparecido es una forma de trascender el sufrimiento^(23, 51).

El sufrimiento es también superado cuando tiene, o se le busca sentido, como ya apuntaba Victor Frankl⁽³⁹⁾ en su libro “El hombre en busca de sentido”. Transformará la experiencia de la persona cuando consiga descubrir su sentido, pues inicialmente surge

como un vacío de sentido. El sufrimiento deja de serlo de alguna manera, en el momento en que se le encuentra un sentido. Así, las personas muy enfermas, invierten su experiencia en la enfermedad encontrando un significado que trasciende su sufrimiento.

Siguiendo a Lévinas⁽⁶¹⁾, el único sufrimiento con pleno sentido, —con sentido en mí, inútil en los otros—, es la no indiferencia por los demás. Es el sufrimiento que impulsa al altruismo y a la solidaridad, a que una persona se movilice por el sufrimiento de otra persona. En el caso de los profesionales de la salud, el impulso irá encaminado efectivamente, acompañado suficientemente y dirigido a curar, paliar, suavizar o ayudar⁽¹⁹⁾ en su afrontamiento, análisis de la situación y posible superación.

Entender el sufrimiento es importante por los argumentos planteados a lo largo del desarrollo del capítulo. Pero también lo es entender a los adolescentes con trastorno de conducta; no sólo el trastorno o más allá del trastorno. Se exponen a continuación las características disruptivas posibles que pueden adquirir.

2.3. TRASTORNO DE CONDUCTA

2.3.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE CONDUCTA

La consideración de una conducta problemática, comienza por ser identificada como alteración de la conducta y la gravedad de su consideración depende, como dice Kazdin⁽⁶²⁾ de los juicios de los clínicos encargados de su valoración, sobre el alejamiento de la norma, la edad del niño/a, de su clase social.

Los trastornos de conducta (TC) son uno de los principales problemas psicosociales que ocasionan más consultas en la etapa infanto-juvenil. Su prevalencia estimada del trastorno se encuentra entre el 4 y el 18%, aunque la mayoría de los estudios la sitúan alrededor del 5-8%. La estimación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado (DSM IV TR)⁽⁶³⁾, lo sitúa entre menos de 6 – 16% para los chicos frente al 2 - 9% de las chicas. Son claras las diferencias según el sexo, siendo en los chicos tres o cuatro veces superior que en las chicas⁽⁶⁴⁾. La adolescencia es el período crítico de presentación del problema, con una media de inicio situada en los 11 años. Los síntomas son más graves y de aparición más temprana en los chicos⁽⁶⁵⁾. Aunque parece que durante la adolescencia estas diferencias desaparecen⁽⁶⁶⁾. Una de las dificultades señaladas para conocer la prevalencia del trastorno radica en el uso de sistemas de clasificación diferentes: DSM o CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y versiones diferentes⁽⁶⁷⁾.

El trastorno está constituido por conductas de tipo externalizante, por las actitudes y actuaciones demostradas. Se clasifican dentro de los trastornos por comportamiento perturbador⁽⁶⁸⁾. Varios nombres son los que lo etiquetan: Trastorno disocial, negativista desafiante, del comportamiento perturbador no especificado, conducta antisocial (CAS). De cualquier forma es un problema que se ha incrementado en las últimas décadas⁽⁶³⁾. Un estudio realizado en el País Vasco pone de manifiesto que el TC es el grupo diagnóstico que presenta mayor carga asistencial, con una media anual de 11,10 frente a

9,27 del resto de patologías⁽⁶⁴⁾. Esta es la razón por la que el TC requiere detección e intervención tempranas para hacerlas más eficaces.

Para el diagnóstico del cuadro no es suficiente la aparición de conductas alteradas o inadaptadas, siendo necesaria la existencia de un deterioro significativo en el ajuste social del niño o adolescente, así como el contexto en el que se dan tales conductas. La importancia del contexto radica en la consideración de normalidad de las conductas. Así, por ejemplo, en entornos carcelarios, pandillas, guerras o catástrofes, etc., se consideran conductas adaptadas a las exigencias del entorno. Por otro lado, también es necesario que los comportamientos problemáticos tengan una duración de seis o doce meses, en función de las conductas mantenidas. A partir de aquí, se puede definir el TC como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros, o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto⁽⁶³⁾.

Independientemente de las interpretaciones que se puedan hacer de este hecho, lo cierto es que el TC muestra una realidad creciente y parece que encierra sufrimiento. Este es reconocido individual e intuitivamente por los profesionales⁽⁶⁹⁾, pero no se ha llegado a indagar entre los propios adolescentes y en primera persona, ni en el sufrimiento que implica llegar a esta condición. Es por ello un sufrimiento silenciado y apagado por las actitudes de rechazo que genera la forma de hacer de los adolescentes con TC. Así se les considera muchas veces caprichosos por los comportamientos demostrados y que recuerdan a las rabietas infantiles. Pueden estar provocados dichos comportamientos, por la falta de límites, suficiente atención, corrección y orientación hacia comportamientos más adaptados. Pero desconocemos lo que hay detrás de tal capricho y qué función tiene el mismo, por ejemplo. Una investigación venezolana pone de manifiesto cómo el encuentro con adolescentes disociales desorganiza el saber de los expertos, establecido como un saber lineal, sistemático, fundamentado en conceptos biológicos y psicológicos. Estas concepciones entienden que existe un contexto “negado de manera ingeniosa e inconsciente, para comodidad diagnóstica y terapéutica” (6, pg. 122). Estos autores plantean, desde la perspectiva de la complejidad, las fluctuaciones

biológicas y sociales que se dan en las relaciones con el mundo y con los demás, como influencia significativa en la conducta.

2.3.2. EL TRASTORNO DE CONDUCTA COMO PROBLEMA PSICOSOCIAL

Existe un gran esfuerzo por investigar los factores de riesgo que se asocian con la aparición del TC. Entre ellos, la familia⁽⁷⁰⁾ ocupa un lugar preponderante. Se han observado las pautas de crianza, destacándose algunas de ellas como estrategias inadecuadas y más favorables para que se den los TC; por ejemplo, el uso del castigo excesivo, tanto como su polo opuesto, el *laissez faire*. Igualmente, la ausente supervisión parental unida a una escasa vinculación afectiva, con vivencias de maltrato físico, psicológico y emocional por parte de los padres durante la infancia⁽⁷¹⁾ se convierten en factores extremadamente peligrosos. El TC muestra escasa relación con el nivel socioeconómico de la familia y hay una correlación especialmente fuerte en el contacto con iguales⁽⁷⁰⁾. A partir de otros factores tales como sociales, educacionales, la inteligencia y el sexo⁽⁷²⁾, también se ha intentado indagar la relación con el TC factores, en este caso desde posturas sesgadas, al estudiar exclusivamente población protegida en centros correccionales. Sin embargo es necesario integrar adecuadamente los análisis de lo personal (psicobiológico y sociocognitivo) con lo contextual (micro y macro), para poder llegar a identificar qué interacciones se dan y cómo se hacen, cuándo, por qué y con qué intensidad, más allá de establecer que la mera suma de los factores incrementa el riesgo de padecer un trastorno de este tipo. Además es importante reconocer y observar la importancia de un diseño personalizado de los programas de prevención primaria o terciaria. Estos han de dirigirse a personas concretas, con problemas específicos, más allá de las deducciones a partir de simples abstracciones estadísticas, establecidas a partir de un p-valor que segmenta a las personas en un grupo bajo un diagnóstico⁽⁷⁰⁾. Porque al establecer un diagnóstico, sobre todo en salud mental y sobre todo en menores, se olvida la tragedia personal que supone de cara al resto de la sociedad, al presente más inmediato y al futuro que se le plantea por el estigma incorporado en la experiencia y en la vida de la persona.

De cualquiera de las maneras, es un problema que deteriora las actividades familiares, escolares y sociales. Además parece desbordar las capacidades de las familias y de los profesores, para los cuales la sociedad aparenta no tener claras soluciones educativas, sociales o familiares, que resulten alternativas de solución claves: centros de educativos, de internamiento o tratamiento del tipo que sea.

La discusión de la naturaleza y extensión del problema social ignora la tragedia personal reflejada en el trastorno, en el sentido de desajuste crónico e infelicidad del que manifiesta una conducta clínicamente grave. Además están las múltiples víctimas de asesinatos, violaciones, robos, incendios, conducción bajo efectos del alcohol, abusos deshonestos, etc. Y precisamente por las numerosas víctimas, este trastorno juega un papel distinto al de otros problemas psiquiátricos que dominan la investigación en salud mental⁽⁸⁾.

Se expone a continuación la clasificación del TC según el DSM IV-TR⁽⁶³⁾.

2.3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

La característica esencial del trastorno se ha manifestado en la definición americana. El DSM-IV-TR establece que estos comportamientos se dividen en cuatro grupos⁽⁶³⁾:

1. Comportamiento agresivo que causa daño físico, o amenaza con él a otras personas o animales y puede adoptar forma de violación, asalto, o en raros casos, homicidio.
 - 1.1. Desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio hacia los demás.
 - 1.2. Con frecuencia iniciar peleas físicas y reaccionar agresivamente contra otros.

- 1.3. Utilizar un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
 - 1.4. Manifestar crueldad física contra personas o animales.
 - 1.5. Robar enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
 - 1.6. Forzar a alguien a una actividad sexual no consentida.
2. Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad.
- 2.1. Provocar deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
 - 2.2. Destruir deliberadamente propiedades de otras personas de distintos modos: romper cristales, romper espejos de los coches, vandalismo en la escuela, etc
3. Fraudes o robos. Son frecuentes.
- 3.1. Entrar en la casa, o el coche, de otra persona sin consentimiento.
 - 3.2. Mentir o romper compromisos y promesas para obtener bienes, favores o evitar deudas y obligaciones ("timar" a otros).
 - 3.3. Robar objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)
4. Violaciones graves de las normas tanto familiares como escolares y sociales
- 4.1. Permanecer con frecuencia fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas antes de los trece años.
 - 4.2. Fugas de casa durante la noche, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo.
 - 4.3. Hacer novillos en la escuela antes de los trece años de edad y sin razones que lo justifiquen.

Según la edad de aparición, se establecen dos momentos en el inicio del trastorno. El límite son los 10 años. Por un lado, los anteriores a los 10 años, se consideran TC de inicio infantil. Los que se inician a partir de los 10 años, por otro lado, son los de inicio adolescente. En esta clasificación se señala también un TC de inicio no especificado cuando la edad es desconocida ⁽⁶²⁾.

En esta clasificación se empieza a ver la heterogeneidad del trastorno. Tal heterogeneidad es ampliamente reconocida, respecto al desarrollo, su evolución y las causas del problema.

Hay otras tipologías de TC señalada por Frick y Ellis⁽⁷³⁾ a partir de la covariación conductual, los sustentados en el tipo de agresividad manifestada, los fundamentados en los trastornos concurrentes o los asentados en los patrones de desarrollo de inicio.

La última clasificación del TC propuesta Frick⁽⁷⁴⁾, establece la diferencia fundamentada en la edad, pero incluyendo también valoraciones sobre la impulsividad y la emocionalidad mostrada, relacionándolo con el sufrimiento acompañante. Siguiendo esta tipología, se puede ver la relación existente entre la aparición temprana del TC y el menor apoyo parental existente en estos niños.

- A. TC de inicio infantil, con crueldad e impulsividad. Son niños que manifiestan conductas agresivas, reactivas y proactivas. Buscan emociones fuertes, son menos sensibles a los castigos que a los refuerzos y reaccionan menos ante estímulos emocionales negativos. Es como si estuvieran acostumbrados a ellos.
- B. TC de inicio infantil con impulsividad. Es secundario a graves y precoces carencias afectivas. Muestran una importante reactividad emocional, baja inteligencia verbal y su entorno vital es, generalmente muy disfuncional.
- C. TC de inicio adolescente. Caracterizado por la presencia de una adolescencia intensa. Son rebeldes y expresan sus dificultades y su malestar con

impulsividad. Además externalizan sus conflictos y muestran alteraciones emocionales importantes.

Las distintas clasificaciones ponen de manifiesto la importancia de la edad, así como la presencia de impulsividad, conductas externalizadas y alteraciones emocionales, subrayando la ausencia del apoyo parental o de figuras de referencia útiles como modelos de orientación y contención. Estos criterios son utilizados como argumentos para predecir mayores dificultades, o la gravedad del problema.

2.3.4. TRASTORNO DE CONDUCTA Y SUFRIMIENTO

El TC durante la adolescencia puede ser el principal predictor del trastorno antisocial de la personalidad en los adultos jóvenes, especialmente en el sexo masculino. Los estudios clínicos longitudinales encuentran una clara continuidad entre el oposicionismo desafiante de los niños pequeños, el TC de los adolescentes y las conductas antisociales (CAS) de los adultos jóvenes⁽⁶⁶⁾. Lo que hasta los 10 años se manifiesta con rabietas, explosiones temperamentales, desobediencia deliberada y tendencia a ser rencoroso, de los 11 a los 17 años se convierte en conductas relacionadas con la violación seria de las normas. Estos mismos en la adultez temprana comienzan a realizar actos criminales deliberados. La experiencia con adolescentes diagnosticados de TC muestra que, generalmente carecen de conciencia de enfermedad, minimizan y desestiman siempre sus problemas de comportamiento tanto como sus consecuencias, omitiendo hacer autocrítica o careciendo de la conciencia moral crítica necesaria para rehuirlas. Su conducta la ven como normal y natural, parte de sus hábitos cotidianos de diversión o logro de medios para continuarlos (dinero, víctimas, sensaciones de riesgo, retos, etc.), tanto como la reactividad normal a partir de la frustración. Habitualmente no afrontan ni toleran la frustración, desde la confusión de poder elegir y no aprender a respetar unas mínimas limitaciones para hacer lo debido en lugar de lo querido. Exigen desde la consideración de tener derecho a conseguir todo, sin la obligación de ofertar algo a cambio y entienden la libertad como la capacidad para no respetar los derechos de los

demás. Consideran sólo los propios. Por otro lado, la falta de hábitos para desarrollar las actividades de la vida cotidiana más corrientes, no están adquiridos.

En esta situación surge la primera duda respecto a la existencia de sufrimiento en los adolescentes con TC. Y a partir de ésta, se plantea la siguiente: Qué es antes ¿El trastorno genera el sufrimiento o es al revés, éste da lugar al trastorno? Para poderlo averiguar, es importante explorar cómo entienden estos adolescentes el sufrimiento, qué significados le dan y cómo se posicionan respecto a él. Requiere conocer el proceso de formación de un TC, la evolución de la vida del adolescente relatada por ellos mismos.

Hasta ahora se ha expuesto el reconocimiento del TC como un problema psicosocial, etiquetado con nombres distintos, sus características concretas y la considerada como esencial. También se ha apuntado la prevalencia, la edad de aparición y sus factores de riesgo. Pero en la revisión bibliográfica no se han encontrado referencias en el sentido de lo que plantea Sobral⁽⁷⁰⁾, en relación con las interacciones entre lo personal y lo contextual, y tampoco la versión personal de los adolescentes para descubrir sus motivos analizando su discurso. Indagar este punto orienta de nuevo hacia la investigación cualitativa; y tal ausencia bibliográfica subraya la pertinencia del citado paradigma.

Respecto a las intervenciones realizadas con estos adolescentes, a pesar de existir múltiples y variadas experiencias, los resultados obtenidos no son del todo positivos. Algunos incluso han resultado bastante perjudiciales para el desarrollo futuro de estos adolescentes⁽⁷⁴⁾, con lo que esto supone tanto para el adolescente como para su familia y la sociedad⁽⁴⁸⁾. De aquí la importancia del diseño de los programas de atención, incluso el uso de medicaciones que se utilizan.

En este sentido, son varias las críticas realizadas a las teorías explicativas de la conducta humana fundamentada en los determinantes mentales que operan frecuentemente por debajo del umbral de la conciencia⁽⁷⁵⁾.

1. Los motivos que configuran necesidades, tendencias e impulsos son los determinantes internos causales de la conducta humana. Tales causas (necesidades, tendencia o impulsos) se infieren a partir de la propia conducta, su descripción sirve de explicación a partir de la que se deducen distintos motivos: logro, dependencia, curiosidad, poder, etc. Hay por tanto tantos motivos como conductas mostradas. Pero los listados varían según varían las teorías que las sustentan.
2. Desconsideración de la complejidad de las formas de responder humanas, variando en frecuencia e intensidad según personas, momentos, condiciones y situaciones. Así pues, al variar las condiciones ambientales varía también la conducta, razón por la que no puede explicarse por una causa interna, tan compleja como sus efectos.

La conducta motivada no se cuestiona. Lo cuestionable es la explicación total de tal conducta por acción de los impulsos.

3. Sus limitaciones empíricas respecto al poder explicativo para predecir eficientemente hechos futuros y producir cambios psicológicos encaminados a una mayor y mejor adaptación. Su dedicación fundamental es la interpretación del pasado, cuando las consecuencias y los efectos ya se han producido.

Tales resultados además de cuestionar, las intervenciones, también cuestionan tanto los diagnósticos como las investigaciones que encuadran a los adolescentes como objetos de estudio a objetivar. Los estudios que con intención de objetivar, atomizan a la persona y la reducen a simples variables, olvidan la complejidad de las vidas complicadas y multifacéticas de los adolescentes, como la de cualquier persona. Dicha complejidad está constituida por influencias muy variadas, sobre las que únicamente los propios adolescentes podrán reflexionar para indagar en su propia experiencia.

Poner al adolescente en un plano de igualdad con los adultos y pedirle su opinión, además de pedirle el relato de su experiencia, puede parecer inusitado; más incluso con

estos adolescentes que están etiquetados de “no cumplidores”. Sin duda habrá adultos etiquetados de doctos en materia de salud mental que intentarán destacar la “incompetencia y debilidad de los adolescentes”, fundamentándola en diagnósticos o juicios profesionales que subrayan su discapacidad.

Ya se apuntó en otro lugar en este sentido, cómo esta sentencia deja a los niños y adolescentes más vulnerables aún a la persuasión de los adultos, a su influencia adversa y a sus prejuicios^(76, 6). Lo que aquí se expone es una forma de manipular, además del discurso infantil y adolescente, también su voluntad. Rechazar lo que los niños piensan, hacen o necesitan es una forma de maltrato. Esta forma de relacionarse con ellos encierra también sufrimiento. Muchos profesionales tendrían que revisar y analizar las prácticas realizadas para cuestionar realmente la práctica. Sobre todo en el terreno de la salud mental, donde la posibilidad de sancionar algo como "raro", "trastornado" o "enfermo", encierra en sí mismo un juicio estrictamente subjetivo e intuitivo, aunque compartido por muchas observaciones guiadas, con tintes de objetividad.

Algunos tratamientos que han demostrado ser efectivos^(74, 77), enfatizan la importancia de modificar el contexto para realizar cambios sustanciales, y mantenidos en el tiempo, en la conducta del adolescente. Estos tratamientos destacan la importancia del aprendizaje social, enfoque procedente de las clásicas teorías cognitivas. Son los siguientes: el manejo de contingencias, el entrenamiento a padres, programas de entrenamiento en habilidades para solucionar problemas y habilidades sociales.

Dos revisiones sistemáticas han valorado la efectividad de las intervenciones basadas en el entrenamiento a padres de hijos con problemas de conducta. La más antigua no especifica la edad, incluía un meta-análisis⁽⁷⁸⁾. La otra, con padres de menores de 18 años⁽⁷⁹⁾ especifica la recomendación de realizar más investigaciones al respecto, dadas las diferencias existentes entre los diversos programas seleccionados. De cualquier forma, el tratamiento más efectivo es el preventivo, para evitar que aparezcan TC. Para ello se requiere de programas familiares, escolares así como de la buena integración entre la familia y los profesores. Los programas familiares encaminados a mejorar la interacción familiar⁽⁸⁰⁾ y orientando las pautas de crianza, como el apuntado por la

Universidad de Syracuse. Por su parte los programas escolares encaminados a mejorar el desarrollo cognitivo de los niños y su rendimiento escolar, con un aprendizaje activo, fomento de la independencia, desarrollo de la autoestima, enseñanza de resolución de problemas⁽⁷⁷⁾.

El postulado básico de la teoría del aprendizaje social y, por extensión, de algunas posiciones cognitivas sostiene que “las personas no están impulsadas por fuerzas internas, ni en manos de los estímulos del medio. El funcionamiento psicológico se produce por una interacción recíproca y continua entre determinantes personales y ambientales. En este enfoque, los procesos simbólicos, vicarios y autorregulatorios juegan un papel predominante”^(75, pg. 26).

El *manejo de contingencias* es la utilización adecuada de las recompensas a partir de un compromiso establecido, diseñado en un programa basado en el tiempo y/o en la ejecución y plasmado en un contrato conductual. El aumento y/o la disminución de ciertas conductas, fundamentadas en su calidad o productividad, llevará acompañada el logro o la pérdida de las recompensas que se pactaron en la redacción del contrato. Esto se debe a que la programación temporal del reforzamiento es apropiada para organizar actividades, pero no para mantenerlas durante periodos dados. El compromiso es revisable cada cierto periodo de tiempo. Además hay una monitorización de la evolución de la conducta en un registro, generalmente visual. Cuando los resultados dependen de la propia conducta, los esfuerzos se mantienen de forma consistente^(75, 76, 81).

Los *programas de entrenamiento a padres* permiten tratar los problemas de conducta en el entorno natural de la familia donde se gestan, fortalecer el rol parental, repercutiendo en el bienestar de ambos y desarrollo de los hijos, implantarlos grupalmente con mayor costo-efectividad. Consisten en capacitar en principios, técnicas y estrategias a madre, padre o cuidadores, para entender y tratar directamente con los problemas de comportamiento de sus hijos⁽⁸²⁾. Inicialmente fueron programas conductuales, a los que se añadieron técnicas cognitivas. Por estos argumentos, aportan en enfoque psicoeducativo y preventivo, con efectividad probada^(78, 79).

El *entrenamiento en habilidades de resolución de problemas* están orientados en la búsqueda de soluciones a los problemas que desencadenan los comportamientos inadecuados y transgresores⁽⁸²⁾. La estructura básica suele seguir el enfoque secuenciado por D’Zurilla y Goldfried en 1971. Por su parte, el entrenamiento en Habilidades Sociales resulta útil para fortalecer la red de soporte social y mejorar las interacciones con los demás, tanto adultos como iguales^(82, 83).

El *entrenamiento en habilidades sociales* (EHS) procede según Caballo⁽⁸³⁾ de tres raíces científicas: la *terapia de reflejos condicionados* de Salter en 1949, influida por los estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. La *competencia social* realizada por Zigler y Phillips en 1960 con adultos institucionalizados en hospitales psiquiátricos. Y el concepto de *habilidad* a partir de la analogía de la relación persona-máquina, implicando características perceptivas, de procesamiento de información, decisoras y motoras, reflejadas en los trabajos de Argyle entre 1966 y 1974. Los procedimientos utilizados para el EHS se sirve de elementos de la terapia de modificación de la conducta, tales como ensayo de conducta o rol playing, modelado, reforzamiento, feedback, instrucciones, autoinstrucciones, autocontrol, tareas para casa, diario, reestructuración cognitiva, relajación, inundación, discusión grupal, parada de pensamiento, lecturas seleccionadas y películas⁽⁸³⁾.

2.4. LA OBSERVACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON TC

Llevo bastantes años trabajando con adolescentes con trastorno de conducta (TC) como enfermera especialista en salud mental; también he practicado la psicología clínica de forma privada. Cada vez que ingresa un adolescente con este perfil de TC me sigue impactando y me sigo cuestionando demasiadas cosas. Sobre todo en aquellos que llegan muy agitados. Muchas cuestiones me las he respondido a lo largo de mi trayectoria profesional. Así y todo, como se ha señalado anteriormente, merece la pena

seguir indagando otras para contrastarlas y poder confirmarlas, o rechazarlas definitivamente, planteando una investigación que aporte la rigurosidad necesaria de la afirmación sustentada en pruebas.

Muchas de las reflexiones planteadas son tema de debate y diálogo constantes, cuando no conflicto entre compañeros, pero enriquecedores en cualquiera de los casos. En el entorno de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil las discusiones se plantean exclusivamente entre el equipo de enfermería y resultan tremendamente beneficiosas. Con ellas aprendemos más, debatimos, nos reforzamos o criticamos, pero siempre obtenemos conocimiento.

En su vida cotidiana, los adolescentes con TC se han habituado a ser y a decidir por sí mismos. Van eligiendo estilos de vida contrarios a la salud y estilos de relación que determina su autodestrucción, en un intento de experimentar paradójico en el sentido de *“vivir la vida”*. Convencidos de vivir la intensidad de la vida, dejan de ver que las alternativas elegidas pretenden evitar seguir experimentando. El consumo de sustancias prohibidas y peligrosas, o cualquier uso abusivo de otras sustancias, en un intento de evitar asomarse a la intensidad que suponen otras experiencias que les superan, duelen, temen o detestan.

El ingreso hospitalario les sirve para analizar su realidad y cuestionársela, aunque ante los profesionales mantienen su fachada de inamovibles ante las confrontaciones. Progresivamente se dan cuenta del sin sentido de muchas de sus conductas, la mayoría de las veces realizadas de forma reactiva, en apariencia para aliviar su sufrimiento, conjurando su rabia y miedo escondido.

Se han abordado los temas del sufrimiento en general y del TC en adolescentes. Se ha concretado el sufrimiento en el contexto de la salud, se han identificado distintos idiomas así como su expresión, para terminar el tema con la forma de diagnosticarlo y suavizarlo para conseguir su aceptación. Por otro lado, se ha analizado el TC y

relacionado con el sufrimiento. Dada la carencia de bibliografía que trate ambos temas a la vez, hemos propuesto la presente investigación.

En el capítulo siguiente se aborda la metodología y el proceso de investigación seguidos, así como los argumentos que justifican su utilización.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN

3.1. INTRODUCCIÓN

Realizar una investigación supone haber diseñado una propuesta de acercamiento a un problema concreto. En esta elegimos el paradigma cualitativo por su adecuación y sus características respecto a la reflexión en la práctica y desde ella, para llegar a entender los significados e interpretaciones realizadas por los adolescentes diagnosticados de TC en sus interacciones cotidianas en su realidad. La pretensión era llegar a conocer el por qué y el cómo de su situación, más que sólo el qué, desde la relatividad de la individualidad concreta y llegarla a describir amplia y profundamente a partir de los encuentros dialogados y, posteriormente, interpretados. A partir de ello se dará un conocimiento profundo y detallado, coherente con la sucesión de hechos en el contexto donde adquieren su significado. Precisamente porque la descontextualización desvirtúa claramente los significados⁽²⁾.

La práctica de la enfermería dirigida a las respuestas humanas obliga a incidir en el aspecto asistencial además de educativo, a fin de atender, mostrar y enseñar respuestas saludables alternativas a la enfermedad. Esta práctica comparte una lógica racional y científica postulada en el positivismo, que mide los hechos de las personas. Pero también participa con otra que no se limita a aquella. Esta otra lógica se integra en los modelos socioculturales de la conducta humana, más susceptible a la descripción de los fenómenos, pensamientos, emociones y actuaciones intencionadas en análisis cualitativos detallados y profundos de las formas de manifestación de las conductas humanas⁽²⁾.

La teoría fundamentada resulta útil para conocer el mundo de las personas⁽⁸⁴⁾. Inicia su andadura a partir de los trabajos de Glaser y Strauss estudiando el proceso de la muerte en los hospitales^(85, 86). Ha sido aplicada ampliamente en las ciencias sociales y la psicología como una herramienta para desarrollar teorías sobre procesos psicosociales

relevantes⁽⁸⁷⁾, entre ellos el sufrimiento de personas con enfermedad crónica^(12, 88-90). Las enfermeras también la van utilizando, lo pone de manifiesto una revisión bibliográfica Española⁽⁸⁷⁾. Revisando rápidamente la base de datos CUIDEN con la palabra clave “teoría fundamentada”, se señalan las localizaciones de las revistas y la nacionalidad de las enfermeras que investigan con esta técnica. Durante el año 2012 arroja 17 registros de artículos originales y tres proyectos de investigación (Brasil, España y México). De ellos diez son brasileños, dos están realizados por enfermeras, y publicados en revistas españolas, otros dos en son de Colombia, uno británico. México y Chile también tienen una publicación enfermera en cada revista. El año 2011, de 33 estudios seleccionados 25 son de enfermeras brasileñas, cinco de Colombia, dos españoles y uno de Portugal. En una comparativa muy sencilla, los mismos dos artículos de cada año tienen un peso diferente, que alcanza el doble en 2012 respecto a las publicaciones extranjeras.

En el presente capítulo se aborda el planteamiento metodológico. Empezando por el diseño de la investigación, se expone la forma de contestar a la pregunta que originó la investigación. Su orientación hacia la metodología cualitativa, apuntó a la teoría fundamentada como forma de analizar el proceso. La esperanza es poderlo conseguir.

3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos generales planteados son los siguientes

- Determinar si existe sufrimiento en los adolescentes con TC y qué se produce antes, el sufrimiento o el TC.
- Conocer el significado que tiene el sufrimiento para los adolescentes etiquetados de TC.

- Desarrollar una teoría sustantiva³ que explique el fenómeno del sufrimiento en los adolescentes con TC, útil para las ciencias de la salud y sociales, que ayude en futuras intervenciones a mejorar el cuidado de los adolescentes.

Y los específicos

- Conocer las dificultades familiares y escolares, sentidas o vividas por los adolescentes, encontradas durante el tiempo previo al desarrollo del TC
- Analizar los diferentes tipos de relaciones que se establecen en las familias de estos adolescentes.
- Explorar cómo afrontan el sufrimiento estos adolescentes y qué medidas son interpretadas por ellos como tales.
- Conocer la repercusión sobre la vida del adolescente el contacto con los servicios de salud mental.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. ¿CÓMO CONTESTAR LA PREGUNTA?

Dada la novedad del abordaje del sufrimiento en los adolescentes con TC, las características subjetivas de la pregunta y los objetivos del estudio, se eligió una estrategia cualitativa para desarrollarla. Específicamente se trata de un estudio cualitativo. Como tal, está encaminado a la comprensión global del fenómeno del sufrimiento, desde la totalidad y la proximidad. Cuando digo totalidad me refiero a la visión holística y global del fenómeno en estudio, el sufrimiento. Pero a la vez, sin perder contacto con la realidad inmediata, la de los adolescentes con TC. Y todo ello en un contexto de descubrimiento y exploración para elaborar una teoría. En este caso una

³ Teoría sustantiva. Es la explicación teórica sobre el fenómeno estudiado que ha surgido de todo el proceso y que justifica toda la investigación.

teoría fundamentada en los datos (TF)⁽⁹¹⁾. La TF es un método inspirado en los trabajos de la sociología de la Escuela de Chicago de los años 30, se fundamenta en el interaccionismo simbólico⁽⁹²⁾.

¿Por qué TF y no otra forma de aproximación cualitativa? Es la que mejor se adapta al estudio de los procesos. La adolescencia en sí supone un proceso evolutivo de cambio y madurez; el sufrimiento también es entendido como proceso. El arraigo que exige con los datos personales de cada adolescente con TC, es una forma de mostrar las pruebas que fundamentan la existencia de sufrimiento y cómo éste apunta hacia el origen del TC, nuevamente como argumento para marcar e impulsar la madurez evolutiva. De esta manera se intenta explicar una forma de conducta humana a partir de la interacción del adolescente con TC y su entorno, objetivado a través de los datos que aportan los participantes⁽⁹³⁾. Con ello se pretende comprender la conducta del adolescente con TC desde sus propias referencias y referentes, para explicar y entender sus situaciones específicas. Los supuestos epistemológicos de la TF se adecúan bien al fenómeno en estudio. Por otro lado, el objeto de estudio es un fenómeno subjetivo por excelencia. Requiere interpretar lo singular, su significado y el sentido que le dan los actores al fenómeno.

La TF se apoya en la objetividad de los datos. La mayoría de los conceptos e hipótesis proceden de los datos, y son sistemáticamente elaborados en relación con ellos y sus comparaciones, durante todo el proceso⁽⁹⁴⁾.

La TF tiene cuatro características distintivas que se citan a continuación.

1. Es inductiva porque partiendo de los datos, emergen los significados con los que se elaboran progresivamente teorizaciones. Las teorizaciones primero se definen y luego se relacionan hasta llegar a inducir una teoría sustantiva.
2. Es simbólica en el sentido de utilizar el lenguaje, un conjunto de símbolos al que las personas, de mutuo acuerdo, les han atribuido un significado concreto y con el que llegan a comunicarse y poderse entender.

3. Es interpretativa de la realidad que se observa. En este sentido es tarea de quien investiga, captar y desvelar la esencia de ese proceso para capturar el sentido atribuido a los diferentes símbolos⁽⁹¹⁾.

A pesar del condicionamiento estructural de las personas como actores sociales, la decisión para actuar de una forma concreta surge de los significados que cada cual atribuye a las situaciones específicas. Los comportamientos calmados o enfrentados estarán en función de dichos significados⁽⁹⁵⁾. De esta forma la persona construye su mundo social a partir de las interacciones que establece. Las premisas, del interaccionismo simbólico⁽⁹⁶⁾ son importantes para reconocer por dónde nos movemos:

- A. La conducta social se fundamenta en el significado que las personas dan a las cosas.
- B. Los significados están vinculados a las situaciones y se aprenden a través de la interacción con los otros.
- C. Los significados cambian cuando cambian las circunstancias de las personas.

En definitiva, comprender las conductas requiere conocer tanto el contexto como las circunstancias donde se desarrollan. Es decir, analizar la interacciones sociales que se dan.

4. Es constructivista por ser un paradigma que sustenta la construcción específica y local de las distintas realidades. La comprensión del significado se hace, por tanto, desde el punto de vista emic (fonémico o fonológico), el del participante⁴. Es un enfoque estructural. Asume que la conducta está influida por los patrones de funcionamiento social, que modelan de forma subliminal las acciones, interacciones y reacciones de los miembros que

⁴ “Participante”: Término propuesto por Morse para acercar la terminología al mundo de la salud. En Morse J. Subjects, respondents, informants and participants? (Editorial). *Qualitative Research*, 1(4):403-406

comparten una sociedad, una cultura o incluso un entorno particular. Así, el objetivo del enfoque emic es descubrir desde dentro lo específico de una cultura concreta y particular, entendiéndolo como un todo, que aporta el significado personal subjetivo⁽⁹⁷⁾. Es una perspectiva de la visión del mundo que los participantes aceptan como real, significativa o apropiada⁽⁹⁸⁾. Supone entender lo que no es observable pero es subyacente a la conducta⁽⁹³⁾ como motivadores más básicos del comportamiento. Aporta la realidad subjetiva de los actores. La perspectiva etic (fonético), es más propio del paradigma cuantitativo. Es el aportado desde las generalidades de los datos. El planteamiento aportado desde fuera por el experto, ajeno a la cultura específica, va en función de un conocimiento transcultural que aporta conocimiento sobre el hecho social objetivo. Esta diferenciación estricta, sin embargo no es tal a la hora de investigar, pues partiendo de la perspectiva emic, se buscan luego los contrastes etic para completar y combinar ambos planteamientos⁽⁹⁷⁾. Pero no se trata de segregar lo emic de lo etic, pues ambas perspectivas se integran en la investigación. Más bien se trata de intentar reconocer, explicar y entender las diferencias entre ellas. La importancia de captar las dos perspectivas sirve para, en algunos casos, disminuir la relevancia de una sobre otra, manteniendo un equilibrio entre ambas. Este equilibrio es necesario para entender el sufrimiento de los adolescentes con TC. Llegar a conocer el porqué estos adolescentes hacen lo que hacen. La finalidad es comprender y describir con precisión comportamientos y desarrollar, luego, interpretaciones teóricas.⁽⁹⁹⁾

Gráficamente se puede representar con el siguiente diagrama.

Figura 1. Perspectivas de captación de la realidad: emic y etic



3.3.2. PERTINENCIA DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

La pertinencia de esta metodología en nuestro caso se justifica con los siguientes cuatro argumentos:

1. Intangibilidad del sufrimiento, en un contexto de salud y desde la perspectiva del protagonista que lo experimenta, el propio adolescente. Enfrentado al que plantean los padres, los profesores o los profesionales sanitarios o sociales. Sobre todo cuando los adolescentes no consideran que tienen una enfermedad y les cuesta reconocer la existencia de un problema.
2. Dificultad para identificar qué es el sufrimiento, cuando no existe una definición clara o única. Cuando el significado es diferente para cada persona. Cuando no existen parámetros biológicos, al menos hoy por hoy, que lo pongan

de manifiesto. Cuando los cuestionarios objetivos más utilizados respecto al sufrimiento, por ejemplo, atienden a factores que pueden observarse sólo en personas con enfermedades crónicas y generalmente orgánicas. Pero ¿qué ocurre con los que no se consideran enfermos?

El significado que esto tiene apunta hacia una mayor sensibilidad por las emociones de las personas enfermas. Pero a la vez se plantean dudas sobre la existencia de competencia profesional para conocer el estado de las personas respecto al nivel de sufrimiento y cómo ayudar a aliviarlo o paliarlo. Será interesante indagarlo.

3. Dudas sobre la competencia profesional para conocer e identificar el sufrimiento, más aún para atenderlo, identificar su expresión, su sentido o falta de sentido y sus significados. Las dificultades para establecer interacciones verbales como medio para establecer una comunicación entre profesionales de la salud y personas que utilizan los hospitales. Las conversaciones habituales ¿hacia dónde apuntan? Las necesidades psíquicas o emocionales son escasamente atendidas.
4. Dudas sobre si el TC genera el sufrimiento, o se produce al contrario. Es decir, que el sufrimiento produce el TC. Con la investigación se desvelarán los significados y posicionamientos de los adolescentes al respecto, descubriendo cómo llegan a entender el propio sufrimiento.

Los cuatro argumentos expuestos muestran la pertinencia de la TF ante lo desconocido del fenómeno y contemplan los factores que recoge Pérez⁽²⁾ destaca como fundamentales a considerar durante la realización de cualquier investigación cualitativa, también en la aquí desarrollada, y que se citan a continuación.

- El tipo de pregunta planteada para la investigación.

- El uso del contexto natural de los adolescentes y su comprensión.
- La observación participante realizada en diferentes momentos.
- Las comparaciones y los contrastes que se realizan, propios de la TF en este caso.
- La integración de los conceptos emic y etic.
- El concepto de cultura donde está inmerso el adolescente con TC. La cultura en este caso entendida como la interacción entre personas en un lugar concreto y un momento histórico determinado. En esta interacción se comparten presupuestos, ideas y costumbres y constituye un sistema a través de los significados comunes⁽⁹⁹⁾.

Todos estos factores se intentarán desvelar a través de la presente investigación.

3.3.3. ÁMBITO DE ESTUDIO Y ACCESO A LOS PARTICIPANTES

Según datos estadísticos del Eustat⁽¹⁰⁰⁾, en 2011 la población entre 10 y 19 años en el territorio histórico de Bizkaia era próxima a los ciento cuarenta y un mil (16,2%), cubiertos por la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Bizkaia y el Hospital Universitario de Basurto, que atiende a niños y adolescentes hasta los 18 años en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Los informantes, las personas encargadas de seleccionar a los adolescentes, fueron una enfermera de la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, un psiquiatra de consultas externas del Hospital Universitario de Basurto y un psicólogo de Kercus, un gabinete privado. A ellos se les solicitó colaboración para derivar a los adolescentes a la participación en el estudio.

Respecto al lugar de selección de los participantes, se consideraron diferentes alternativas antes de acceder al campo. La primera de ellas fue hacerlo abordando directamente a los adolescentes ingresados en la unidad hospitalaria de psiquiatría infanto-juvenil (UPIJ) del Hospital Universitario de Basurto. Esta opción podía suponer perjudicial para los adolescentes o para la buena marcha de la dinámica de la unidad. Para los adolescentes, en tanto que durante el ingreso, su situación es crítica y puede influir la información; la separación del grupo durante las entrevistas en profundidad le quita oportunidades para reflexionar sobre su problema, lo cual podría perjudicar su evolución. Para la unidad, el hecho de realizar aquí los encuentros para las entrevistas, introduce una modificación en la dinámica de lo cotidiano. Así se fue reflexionando y estudiando detenidamente la forma más adecuada para acceder a los adolescentes. Se realizaron consultas de asesoramiento a los responsables jerárquicos, directos e indirectos. También se preguntó a enfermeras expertas en investigación y a los responsables del Comité de Ética e Investigación Clínica hospitalario. La conclusión final apuntaba a la conveniencia de hacerlo de otra manera, aunque resultase más costoso. Se esperó a que los adolescentes fueran dados de alta hospitalaria, para contactar con ellos y entrevistarles fuera del hospital. Éste se convirtió para algunos chavales, en un entorno desagradable; decían que les traía malos recuerdos. Con este nuevo planteamiento, el reclutamiento se realizó en distintas unidades de salud mental de Bilbao. En concreto tres:

- El programa Adin Txikikoa (Menor de edad) de la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Bizkaia, que atiende a niños tutelados por el Servicio de Protección al Menor de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Las UPIJs del Hospital Universitario de Basurto, en Bilbao.
- Kercus, un gabinete privado de tratamiento psicológico y pedagógico, ubicado Rekalde.

Los clínicos (enfermeras, psiquiatra y psicólogo) informaban de la existencia de un estudio en marcha. Solicitaban su permiso para facilitar los datos personales (nombre, y teléfono) a la enfermera investigadora y poder establecer el contacto inicial. Éste se realizaba a través de llamada telefónica o contacto directo, tanto con los adolescentes como con sus padres. El propósito era informar de los objetivos de la investigación, solicitar su participación y tramitar los correspondientes documentos. Cuando aceptaban se establecía una cita en un momento que les venía bien al adolescente y/o al adulto. La reunión se hacía en una zona neutral y diferente de las unidades de salud. Se ofrecía la posibilidad de hacerlo en un centro cívico municipal céntrico, en el que poder mantener la conversación y grabar la entrevista, o hacerlo en el domicilio de los participantes. Los asentimientos y/o consentimientos se firmaban el primer día del contacto. Cuando era necesario más tiempo, se proponía una nueva cita en las mismas condiciones.

En el caso de los adolescentes tutelados, el procedimiento fue un poco más largo. Además de contactar con los adolescentes y sus padres, el contacto se extendía a las responsables de caso, profesionales de la Diputación Foral de Bizkaia. Se les explicaba la investigación y su propósito, la derivación del psiquiatra concreto, con el visto bueno de poder realizar la entrevista, para que el equipo social, a su vez considerase la pertinencia de la misma. Cuando se daba paso, aún tenía que proceder a la firma el diputado o la diputada de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

El planteamiento inicial para seleccionar a los adolescentes fue buscar, por un lado a quienes viviendo con sus padres manifiestan en TC. Por otro lado, se buscaba adolescentes que viviesen en hogares funcionales como consecuencia de la convivencia imposible en el hogar familiar. Dos adolescentes que cumplían estas características, fueron los dos primeros a entrevistar. Ambos surgieron de la UPIJ extrahospitalaria del Hospital Universitario de Basurto. A partir de ellos se realizó el muestreo teórico.

3.3.4. MUESTRA Y MUESTREO

3.3.4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Para empezar la selección de los adolescentes, se partió del criterio de selección original “adolescentes con TC, entre 13 y 18 años, atendidos (o que hubieran sido atendidos en este rango de edad y por esta razón. Éstos tendrán más de 18 años) por los servicios de salud mental de Bizkaia”. No se partió de un marco teórico más concreto o de criterios de segmentación diagnóstica específica. El propósito fue empezar a “conocer” a estos adolescentes y sus vivencias, trazando estos polos como opuestos en sus experiencias.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes con TC (y trastorno de conducta alimentaria) entre los 13 y 18 años, atendidos en alguna unidad de psiquiatría infanto-juvenil de la zona de referencia.
- Adultos jóvenes (mayores de 18 años) al inicio del trabajo de campo, pero que hubieran estado ingresados en la unidad de hospitalización a partir del año 2003.
- Aceptar voluntariamente participar en el estudio y sus padres lo permitan, en el caso de los menores.
- Con capacidad para mantener una conversación, que la entiendan y la expliquen.

Como criterios de exclusión se contemplaron los siguientes

- No poder mantener una conversación por dificultades cognitivas.
- No aceptar participar.
- Estar ingresados.

3.3.4.2. MUESTREO TEÓRICO

Se realizó un muestreo teórico, intencional al principio para seleccionar a los participantes, considerándose inicialmente la clasificación de Morse⁽¹⁰¹⁾. El propósito fue expandir y refinar los conceptos y categorías que se iban desarrollando, a través del método comparativo constante para buscar las similitudes y diferencias, sus variaciones y otros contrastes que surgían de las informaciones proporcionadas.

El muestreo teórico es el proceso de recogida de datos dirigido por el desarrollo de la teoría, a través del cual la recogida, su codificación y el análisis de los datos se realiza conjuntamente. Así el desarrollo teórico surge de los datos e indica los nuevos datos necesarios y dónde los puede encontrar. Es un proceso abierto guiado por la evolución de la teoría que surge de los datos⁽¹⁰²⁾. Es un muestreo intencionado para descubrir la variación existente dentro de las categorías del estudio, en sus propiedades y dimensiones, aumentando su poder explicativo. Para realizarlo, se recurre a los datos crudos o al campo nuevamente, cuando la lógica del investigador lo aconseja, para recolectar selectivamente nuevos datos referidos a la categoría en estudio⁽¹⁰³⁾. De esta forma se rellenan, se desarrollan y se hacen explícitos los detalles, bajo la atenta lupa de la comparación constante realizada durante todo el proceso.

3.3.4.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA: SATURACIÓN TEÓRICA

Decidir el momento de terminar de recoger información, de acabar con las entrevistas, resulta complejo. Siempre surge alguien importante para hacerle alguna entrevista más. Pero llega un momento en que los datos no aportan nueva información⁽¹⁰⁴⁾.

El análisis minucioso de una categoría saturada permite identificar las características de los fenómenos y desarrollar taxonomías complejas que revelen los componentes de los fenómenos. Cuando se completa el tema, el investigador es capaz de identificar historias, patrones de experiencia y predecir el resultados. Entonces ya hay poco que

aprehender, la persona que investiga lo ha escuchado todo y surge el aburrimiento con las historias, ahora ya conocidas. Se ha llegado a la saturación; la comprensión es completa⁽¹⁰⁵⁾.

La saturación teórica⁽⁹¹⁾ fue el principio que determinó la salida del campo y finalizar el muestreo. Se llegó a ella cuando se dieron las siguientes condiciones:

- No hubo datos nuevos importantes emergentes en una categoría.
- La categoría estuvo bien desarrollada en términos de propiedades y dimensiones, demostrando variación.
- Las relaciones entre categorías estuvieron bien establecidas y validadas.

Para ello “pregunté” a los datos, continua y cuidadosamente, antes de llegar a conclusiones teóricas.

3.3.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS: ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

3.3.5.1. JUSTIFICACIÓN DE SU USO

El método utilizado para la recogida de los datos fue la entrevista en profundidad. Más allá de ser un mero instrumento de recogida de datos permite el acceso a la vida más íntima de los adolescentes, al mostrar su realidad, sus necesidades, sus sentimientos y sus planteamientos de vida. Se considera el más adecuado, además de por la anterior argumentación, por considerar a los adolescentes:

- Capaces para dialogar y razonar sobre hechos hipotéticos y actuales, así como para inferir conclusiones o juicios sobre premisas especulativas.
- Habilidad para reflejar eventos del pasado y del futuro, permitiendo la exploración de muchas áreas relatadas en la experiencia.

- Extracción de los significados asignados por los adolescentes a las distintas experiencias que les ha hecho experimentar sufrimiento, congruente con el marco teórico.
- Capaces de exponer desde la privacidad de la individualidad, los temas críticos o conflictivos que en entrevista de grupo quedan sumergidos.

3.3.5.2. DINÁMICA DE LAS ENTREVISTAS

La creación del clima⁽¹⁰⁶⁾ de confianza, permiso e intimidad, es fundamental y requirió:

- Asegurarles que podían revocar la decisión de participar antes de empezar y en cualquier momento, si así lo consideraban. Que era posible parar cuando quisieran, descansar si lo creían necesario, hablar hasta donde quisieran e incluso, una vez grabada la entrevista podían retirarse del estudio, destruyéndose la grabación.
- Evitar las baterías de preguntas excesivas y excesivamente cerradas, haciendo que la experiencia fuera como si se tratase de una reunión informal, de amigos.
- Garantizar una duración hasta que los participantes quisieran responder preguntas.
- Asegurar un entorno de aprobación, no punitivo.
- Manejar cuidadosamente los silencios.
- Permitir respuestas en todos los sentidos.

La entrevista comenzó con una pregunta muy abierta que subrayaba su conocimiento, “Te voy a preguntar sobre tu vida, algo en lo que eres extraordinariamente experto”. “Puedes hablarme sobre tu vida: tus padres, el colegio, los amigos”. Durante toda la entrevista, mi forma de hablar se adaptó al lenguaje de los adolescentes.

El propósito de la pregunta era obtener el sentido dado por el adolescente, principal protagonista de su historia, al sufrimiento durante su vida. Además, elaboré un guión

de temas con preguntas potenciales relacionadas con aquellos de interés y preocupación frecuente expuestos por los adolescentes durante su ingreso hospitalario: padres, hermanos, familia, colegio, profesores, estudios, amigos, relaciones, fiesta, dinero, hogar, monitores, contacto con salud mental, relación con profesionales de la educación social o la salud (Anexo 4 A). También utilicé las señales corporales y otros como el uso del silencio, el llanto o su ausencia, las hipótesis o el parafraseo para que los chavales profundizaran en el recuerdo de su experiencia y con ellos mejorar la calidad de la información.

Inicié las entrevistas con unos temas globales con la intención de centrar el interés de los adolescentes en la conversación. Aunque partí de la creencia inicial que el mero hecho de hacerles caso, escucharles en su discurso o prestarles atención, serían suficientes para que hablasen abiertamente de lo que les pedía: la experiencia de su vida. Para así llegar a entender el sufrimiento y el TC del que han sido diagnosticados. Lo que he contrastado al hacerlas es que, efectivamente, en cuanto adquieren la suficiente confianza y se sienten seguros, se abren a relatar con todo lujo de detalles, cuál ha sido su experiencia, su evolución, su sufrimiento y su aprendizaje. Unos han profundizado más en la reflexión, otros aún están empezando en este proceso. Pero todos ellos son adolescentes obligados a reflexionar. Su realidad, su contexto, a ello les empuja.

El propósito de las entrevistas, y su formato, era claramente investigador, con el fin de obtener conocimiento sobre el sufrimiento del adolescente en cuestión. Pero dada la naturaleza íntima de los temas elegidos, con ellas se han removido sentimientos y expresiones íntimas. Así cada entrevista en sí misma puede insinuar, una función terapéutica, más allá de servir para recoger exclusivamente datos. En este caso, además de servir para investigar, ha sido una oportunidad para demostrarles respeto, y con ello:

- Proporcionar apoyo emocional a través de la escucha. En sí misma la entrevista ha servido para expresar las emociones relacionadas con su vida en el momento presente, así como la necesidad de expresar “su destreza” para solucionar problemas y conflictos.

- Establecer orientaciones replanteando el pensamiento expresado. En ocasiones, algunos pedían opinión, o consejo, sobre la forma de afrontar sus problemas. El hecho de devolverles la pregunta, les ayuda a pensarla de nuevo.
- Facilitar el drenaje emocional necesario cuando la situación así lo requería. En los momentos del relato de fuerte intensidad emocional, un toque sobre la mano o el brazo y un silencio por mi parte, daba permiso para poder llorar a quien lo necesitaba. Les preguntaba tras un par de minutos de silencio, cómo se encontraban y si podían seguir con la entrevista o preferían terminarla. Generalmente esto era suficiente para continuar.
- Reforzar su autoestima al sentirse importantes y útiles por el hecho que alguien se interese por su historia, esté con ellos y les escuche en su relato y atienda a las “hazañas” cometidas durante su vida cotidiana. Subrayar su fortaleza en los momentos que lo han pasado mal.
- Investigar el proceso seguido durante la vida de los adolescentes con TC.

En este sentido, tanto en el contexto terapéutico como en el investigador, las entrevistas implican un proceso de revelación de sentimientos, creencias, deseos, problemas, experiencias y comportamientos personales. Desde este planteamiento, la entrevista de investigación supone un mutuo beneficio en el diálogo mantenido entre quien investiga y los participantes⁽¹⁰⁷⁾

Han sido varios los lugares utilizados para realizar las entrevistas, dada la negativa de los adolescentes a volver al hospital. Les ofrecía desplazarme hasta su casa o hacerlas en una sala pequeña, cómoda, agradable y de fácil acceso, del centro cívico bilbaíno de Barrainkua, donde su directora me facilitó el acceso. Una vez allí, tras haber firmado los consentimientos y asentimientos, les volvía a explicar el propósito de la entrevista, el anonimato de la misma y la necesidad de grabación. Al principio, algunos se mostraban un poco coartados ante el aparato, pero por su parecido a un teléfono móvil, enseguida se olvidaban de su presencia, excepto en un caso que el bloqueo fue total. De hecho, al finalizar algunos pensaban que no se había grabado. Todos ellos se mostraron interesados por escucharse y al hacerlo, enseguida arrugaban el ceño extrañados de su voz; nunca se había escuchado desde fuera.

Las preguntas (Anexo 4 A) intentaban no orientar la respuesta, buscando respuestas diferentes para contrastar la información, antes de confirmar la información buscada con la pregunta. De esta forma, la comparación es más auténtica. El propósito de hacerlo así fue maximizar las diferencias existentes entre los adolescentes y ensanchar la información para encontrar su variedad, con sus dimensiones y propiedades, a partir del análisis de casos similares. Sin embargo, al analizar mi intervención durante la escucha de las transcripciones y la lectura repetida de las entrevistas, me di cuenta de que mi intención no coincidía con mi planteamiento. Es decir, pretendiendo hacer preguntas abiertas, insistía en hacerlas dirigidas o más cerradas, por lo que tendría que reelaborar el guión y ceñirme estrictamente al mismo, sin demasiadas improvisaciones.

A medida que avanzaba el estudio fui modificando el guión de la entrevista (Anexo 4B). Al principio partí de temas amplios y generalidades sobre su vida, tal y como se ha expuesto anteriormente, focalizando luego las preguntas más hacia la relación con sus padres y cómo se han sentido al respecto y lo que han hecho por ello, así como las razones y justificaciones que ellos mismos aducen para hacerlo.

Preparé los datos una vez transcritos⁵, devolviéndolos a los adolescentes para obtener su visto bueno y confirmar su participación o retirada del estudio. Para esto volvía a reunirme con ellos, con dos excepciones, en el que alegaron motivos de tiempo. Con otra tuve tres entrevistas y con los demás, dos. El objetivo fue doble. Por un lado, permitirles añadir, modificar, aclarar o eliminar lo que consideraban oportuno, incrementando la fiabilidad (credibilidad) de los datos, de lo entendido y lo transcrito de forma literal. Por otro, aclararme las dudas surgidas, ampliar la información o profundizarla cuando fuera necesario, tras una primera lectura global para entender el sentido de la información.

Al finalizar la entrevista, muchos mostraron su dificultad para despedirse, necesitando prolongar un poquito más la conversación olvidando que “*ya hemos hablado mucho*” y querían terminar. La duración de la misma osciló entre 55 y 90 minutos, emplazándoles

⁵ Datos transcritos: Se refiere a la copia literal (palabra por palabra) por escrito que se realiza de la grabación de la conversación

a una nueva cita en caso de ser necesario, para completar la entrevista y repasar los puntos clave o débiles de la anterior.

Se consiguió la saturación teórica con los 15 participantes cuyas características describiré más adelante, a los que realicé un total de 25 entrevistas, que duraron entre 55 y 90 minutos distribuidas de la siguiente forma. Con dos de los adolescentes sólo hice una sesión de entrevistas, alegaron falta de tiempo. Con diez, dos entrevistas y con la última, tres sesiones. Con ellas se consiguió obtener saturación suficiente de datos para conseguir la validez necesaria de los mismos.

Invité a participar a 2 adolescentes más que, en ambos casos, declinaron la invitación después de haber aceptado. En ambos casos intenté tranquilizarles, porque se encontraban intranquilos, dado que me conocían del tiempo que permanecieron ingresados.

Con algunas madres mantuve una conversación introductoria, limitada a solicitar el consentimiento para la investigación, durante la cual me dieron su impresión sobre el origen del trastorno. Esta información también accedieron que la utilizara, apostillando un “sí vale”. Daban a esta frase un sentido de sorpresa por la cotidianidad para ellas y su convencimiento de inutilidad de lo que dijeron.

No se hicieron otros contactos distintos a los mencionados.

3.3.5.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

Se recogieron estos datos en el momento de pedir la autorización, completándose la denominada “hoja de recogida” (Anexo 6).

Los integrantes de la muestra presentan situaciones diferentes con la característica común del trastorno de conducta. Esto dio la oportunidad de conocer los diferentes contextos familiares en los que se gesta el trastorno. Los rangos de edades estuvieron establecidos de antemano y cuando aparecen edades que se salen del mismo, se debió a haber contado con la participación de, ahora ya adultos jóvenes que tuvieron el trastorno en las edades especificadas en los criterios de inclusión y estuvieron ingresados. Conocerles es lo que determinó la invitación y su participación.

Se presentan a continuación a los participantes, auténticos protagonistas de la presente investigación

Adolfo (14 años ♂)



Cosmo (17 años ♂)



Diego (13 años ♂)



Mimosa (22 años ♀)



Sabin (17 años ♂)



Valeria (17 años ♀)



Margarita (13 años ♀)



Rosa (15 años ♀)



Amapola (16 años ♀)



Jacinto (16 años ♀)



Petunia (18 años ♀)



Camelia (16 años ♀)



Laurel (18 años ♀)



Dalia (15 años ♀)



Verónica (16 años)



De los 15 participantes, ocho eran mujeres y siete hombres; las últimas dos mujeres seleccionadas entre adolescentes con trastorno de conducta alimentaria (TCA), completan los 15 participantes. Dos de ellos vivía en una pequeña zona rural, de menos de 1.000 vecinos. La muestra está integrada por adolescentes de diferentes edades comprendidas entre 13 y 22 años. El resto puede considerarse que vivían en zonas urbanas porque los pueblos de su residencia tenían poblaciones superiores a los 41.000 habitantes (Tabla 1).

La familia era el entorno de convivencia para diez de los adolescentes, uno de ellos en acogimiento familiar con un tío materno, tras un intento previo fracasado con familia ajena. El resto vivían en distintos hogares funcionales tutelados por el servicio de protección al menor de la Diputación Foral de Bizkaia.

Respecto a los ingresos hospitalarios se limitaron a ocho de los participantes, la mitad de ellos en una sola ocasión siendo múltiples las ocasiones de ingreso en el resto de los casos. Dos de las participantes ingresadas lo fueron por TCA.

En relación con los estudios, la mayoría muestran una tendencia por la formación ocupacional, mostrando dificultades para completar los cursos de la enseñanza obligatoria. En cuatro casos hay intención de realizar estudios superiores, en la misma línea que lo han hecho sus padres. En el caso de las adolescentes con TCA no se plantean otros estudios que no sean superiores.

Tabla 1. Características socio-demográficas de los adolescentes

Tabla 1. ADOLESCENTES								
ID	EDAD	SEXO	ESTUDIOS	INGRESO	T° DE DX A EP	CONVIV	ZONA	H
1	14	H	4° ESO	NO	50	HF	URB	0
2	17	H	1° BACH	SI (1)	2	F	RUR GDE	0
3	13	H	1° ESO	NO	18	F	URB	2
4	22	M	CIP	SI (5)	50	F	RUR GDE	2
5	17	H	CIP	SI (1)	2	F	URB	1
6	17	M	CIP	SI (2)	14	HF	URB	1
7	13	M	2° ESO	NO	9	HF	RUR GDE	0
8	15	M	3° ESO	NO	24	F(HF)	URB	6
9	16	M	CIP	NO	24	HF	URB	1
10	16	H	CIP	SI (1)	2	F	RUR PQÑ	1
11	18	M	2° BACH	SI (2)	9	HF	URB	0
12	15	M	3° ESO	NO	12	F	URB	1
13	18	H	CIP	NO	30	F	URB	3
14	16	M	1° BACH	SI(1)	10	F	RUR PQÑ	1
15	17	M	2° BACH	SI(1)	15	F	URB	1

INGRESO = El número entre paréntesis es la cantidad de veces que lo han hecho

T° DE DX A EP = Tiempo en meses desde el diagnóstico a la entrevista

Convivencia: HF = Hogar Funcional. F = Familia

Zona de residencia: URB = Urbana. RUR GDE = Pueblo de más de 41.000 habitantes. RUR PQÑ = Pueblo con menos de 41.000 vecinos

H = Número de hermanos

Las características de las madres (Tabla 2.), según narración de los adolescentes, muestran como en tres de los casos hay un desentendimiento completo desde los primeros momentos de la vida, lo que ha determinado una convivencia institucionalizada casi desde esa época. Aunque se hicieron tentativas de convivencia familiar con los abuelos, los intentos fracasaron.

Prevalecen los estudios primarios como característica formativa de las madres en seis de ellas, seguida de la formación superior en cuatro casos, uno bachiller y otro formación profesional. La tendencia formativa en los padres es primaria en más ocasiones y sólo tienen estudios superiores en dos casos.

Los consumos maternos llegan a 5, dos de ellos basados en el alcohol, ampliándose a otras sustancias ilegales en los otros tres casos y desconociéndose otro. La mayoría viven de su trabajo, limitándose a una el sustento social para mantenerse. Los diagnósticos psiquiátricos también se desconocen en la mayoría de los casos, pero cuando son conocidos apuntan a la depresión como elemento común.

Respecto a la edad de tener a los hijos, en seis ocasiones las madres son mayores de 30 años. Una de ellas incluso con otras dos hijas más. Seis madres tienen menos de 30 años cuando tienen a sus hijos. De estas, una madre era menor de 20 años cuando tuvo a su hijo.

Tabla 2. Características socio-demográficas de las madres de los adolescentes

Tabla 2. MADRES								
Adolescente	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	TRABAJO	SUBSIDIO	DX	CONSUMO	TIPO
1	.	.	.	.	.	.	SI	TODO
2	48	SUP	PROFESORA	SI	NO	DEPR	NO	
3	46	BACH	OPERARIA	NO	NO	NO	NO	
4	59	FP	AUX E ^a	SI	NO	NO	SI	OH
5	33	PRMARIOS	INTERINA	SI	NO	NO	NO	
6	.	.	.	.	.	.	SI	TODO
7	38	PRMARIOS	INTERINA	SI	NO	NO	SI	OH
8	.	.	.	.	.	.	.	.
9	42	PRMARIOS	NO	NO	SI	NO	SI*	TODO*
10	45	PRMARIOS	INTERINA	SI	NO	NO	NO	
11	50	SUP	TÉCNICO	SI	NO	DEPR	NO	
12	52	PRMARIOS	COMERCIAL	SI	NO	NO	NO	NO
13	54	PRMARIOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO
14	45	SUP	ABOGADA	SI	NO	NO	NO	NO
15	46	SUP	ECONOMISTA	SI	NO	NO	NO	NO

Los puntos significan desconocimiento del dato por parte de los adolescentes

DX = Diagnóstico de la madre. DEP = Depresión

TIPO DE CONSUMO = Las sustancias que consumen pueden ser heroína, cocaína o alcohol (OH).

(*) = Actualmente sin consumos y haciendo una vida familiar normal

La edad de los padres (Tabla 3.), suelen ser la misma o un poco más que la de las madres, con una diferencia entre uno y tres años. En un caso hay una diferencia de 11 años entre padre y madre (TCA). En todos los casos viven de su trabajo, excepto en uno que era pensionista por larga enfermedad orgánica.

En el caso de los padres, la tendencia a la ausencia del hogar de convivencia familiar aumenta a cinco, pero su desconocimiento se limita a cuatro porque con uno hubo convivencia hasta el fallecimiento. Los consumos se limitan a dos casos, combinándose el alcohol con THC.

Tabla 3. Características socio-demográficas de los padres de los adolescentes

Tabla 3. PADRES								
Adolescente	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	TRABAJO	SUBSIDIO	DX	CONSUMO	TIPO
1	.	.	.	.	.	.	.	.
2	50	SUP	INGENIERO	SI	NO		NO	
3	46	1ª	ALBAÑIL	SI	NO		NO	
4	FALLECIDO	1ª	BARMAN	...	...	...	...
5	34	1ª	CAMIONERO	SI	NO	DEP*	NO	
6	49	1ª	ALBAÑIL	SI	NO		SI	OH/THC
7	39	1ª	CRISTALERO	SI	NO		SI	OH/THC
8	FALLECIDO	..	..	..	..	..	..
9	AUSENTE	..	..	..	..	..	..
10	45	1ª	MECÁNICO	SI	NO	NO	NO	
11	.	.	.	.	.	.	.	.
12	56	1ª	PENSIONISTA	NO	SI	NO	NO	
13	58	1ª	ASFALTADOR	NO	NO	NO	NO	
14	56	1ª	COMERCIAL	SI	NO	NO	NO	
15	46	SUP	INGENIERO	SI	NO	NO	NO	

DX= Diagnóstico del padre. DEP = Depresión. El asterisco es porque en la actualidad hace vida normal.
 (.) = Desconocido. (..) = Conocido y sin convivencia. (...) = Conviviendo antes del fallecimiento

3.3.6. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con el propósito de verificar la fidelidad y poder corregir los errores, las transcripciones de las entrevistas se sometieron a una revisión sistemática, rigurosa, detenida y laboriosa. Esto se hizo así para poder utilizar literalmente las conversaciones. Además, no se han modificado la estructura de las frases, ni las expresiones características de los adolescentes, que representan los usos que hacen del lenguaje.

El análisis de los datos se realizó utilizando la teoría fundamentada, cuyo marco teórico interpretativo es el interaccionismo simbólico. Desde él se pretende determinar, inductivamente, el significado simbólico de artefactos, ropas, gestos, palabras o expresiones para un determinado grupo de personas cuando interactúan con otras, esperando construir precisamente, aquello que los interactuantes ven como “su realidad social”. Es decir, quienes investigan con la teoría fundamentada consideran que los individuos participantes dan la información que consideran precisa, siendo las hipótesis el resultado de la observación y la información contrastada y obtenida en el campo de trabajo⁽⁸⁴⁾.

El procedimiento de análisis utilizado en la teoría fundamentada es el método comparativo constante⁽¹⁰²⁾. Justifico su utilización como marco teórico y de interpretación por dos motivos. El primero, es mi situación profesional con estos adolescentes y el segundo la inexistencia de estudios teóricos previos que analicen el sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de TC desde su propia perspectiva.

Se aplicó el método comparativo constante a los incidentes (cada parte analizable separadamente) y desde el comienzo de la recogida de los datos, tal y como iban apareciendo éstos para conseguir la mayor variabilidad posible. “Al comparar lo aparentemente incomparable, se incrementan tanto la amplitud del rango de los grupos como las ideas disponibles para la emergencia de la teoría”^(108 p. 27).

3.3.6.1. EL PROCESO DE CODIFICACIÓN

La flexibilidad para elaborar las categorías y la reflexividad permanente sobre el texto así como el sentido de las frases y las expresiones, han sido dos principios que han guiado el análisis de las transcripciones.

Desde la primera entrevista empecé a establecer códigos⁶ para cada uno de los bloques iniciales: Familia, amigos, colegio, contacto con salud mental y sufrimiento. Este planteamiento me llevó enseguida a establecer unas categorías⁷ iniciales, dada la ingente cantidad de códigos surgidos a medida que introducía y analizaba cada nueva entrevista. En el origen, las categorías contenían distintos códigos. Estos fueron los que aparecen en el Anexo 7.

A lo largo del proceso se detectaron una cantidad ingente de códigos, pero su importancia se ha modificado durante la investigación. Al principio, eran demasiado descriptivos y dirigí mi esfuerzo hacia una mayor abstracción. A medida que avanzaba el análisis, el afán inicial en considerarlos exquisitamente significativos, ha ido dejando paso a otros aparentemente más insignificantes, o impensables al principio, y que han llegado a adquirir una relevancia mayor. He utilizado muchos “códigos in vivo” porque incrementan la credibilidad del análisis y sus hallazgos. Este tipo de códigos muestran una utilidad analítica al utilizar las propias expresiones de los protagonistas de la historia, empleadas con facilidad y con un significado preciso. Y también son estos códigos imágenes que representan gráficamente esos significados⁽¹⁰²⁾.

Por otro lado, se han ido reduciendo la inicial cantidad porque se han ido agrupando en categorías más elaboradas y con mayor abstracción, fusionándose en otros códigos. Otras veces se han eliminado para evitar duplicidades o también por haberse quedado irrelevantes. Esta es una característica, más que permitida, recomendada y propia del proceso analítico en teoría fundamentada⁽¹⁰²⁾, un procedimiento de refinamiento de las ideas emergentes.

⁶ Código. Propiedad particular de un objeto.

⁷ Categoría. En un concepto que representa un fenómeno.

Con la TF se buscan las semejanzas y las diferencias, es decir, las regularidades de la comunicación, analizando todos los incidentes contenidos en los datos para generar conceptos⁸ e hipótesis⁹, y descubrir sus interrelaciones, para facilitar el surgimiento de la categoría central¹⁰. Cada nuevo código o incidente surgido, se clasificaba y comparaba con los anteriores, construyendo y reconstruyendo las categorías, refinando los conceptos, identificando las propiedades¹¹, sus dimensiones¹² y las relaciones entre ellos⁽⁴⁾. Su finalidad es la emergencia de una teoría sustantiva sobre el sufrimiento en los adolescentes descritos, fundamentada y desarrollada inductivamente⁽⁹¹⁾, a partir de los datos crudos y no de supuestos a priori procedentes de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. La aportación más relevante de esta forma de analizar hace referencia a su poder explicativo. Los resultados obtenidos ofrecen gran variedad de detalles y comportamientos respecto a los participantes en el proceso, genera una compleja interacción de conductas sociales, así como un conocimiento amplio y profundo del fenómeno y su contexto⁽¹⁰⁹⁾.

Realicé un microanálisis de cada entrevista; supone la realización de un minucioso análisis de los datos y una primera interpretación para *encontrar el significado de los datos*⁽¹⁰²⁾, denominado por Strauss y Corbin⁽¹⁰³⁾ análisis microscópico o análisis línea a línea. Con él se hizo la inicial codificación y disección de los datos, constituyendo la codificación abierta, seccionándolos para ordenar la diversidad y establecer los conceptos. Pero también realicé la codificación axial una vez encontrado el eje sobre el que pivotan las categorías y subcategorías iniciales, dándose la reagrupación de los datos antes fraccionados y diseccionados, ahora más explicativos, enriqueciéndose de esta forma el análisis y la teoría que emergía de las entrevistas.

La identificación de las categorías se derivó del proceso de codificación y comparación constante que realicé con estos microanálisis. Lo hice primero de forma manual y luego

⁸ Concepto. Es un fenómeno (algo llamativo para quien lo analiza y se identifica como importante en los datos para poderlo contrastar) que se ha etiquetado.

⁹ Hipótesis. Intuición inicial que relaciona conceptos y explica el fenómeno.

¹⁰ Categoría central: Es la categoría en la que se aúnan todas las relaciones entre todas las categorías.

¹¹ Propiedades: Son las características que adquiere una categoría.

¹² Dimensiones: Son las variaciones posibles que puede tener una categoría.

utilizando el programa N-Vivo versión 9, cuando aprendí a utilizarlo. (En el siguiente apartado se detalla el uso del programa informático). En ambas ocasiones he llegado a resultados coincidentes con el análisis previo. Esto en principio me hizo pensar en mi rigidez perceptiva a la hora de leer y explorar los datos e intenté forzar mi percepción para poderlos ver desde otras perspectivas, lo que me sirvió para encontrar otras categorías. Con ello se fomenta la credibilidad del análisis, al hacerlo en dos ocasiones. También para poder obtener un contraste, permití la lectura de la entrevista a alguien ajeno a la presente investigación, con experiencia en investigación cualitativa. En general, sus observaciones coincidieron con mis planteamientos, debatiendo aquellos aspectos más discrepantes, útil para la reorganización. Esto me resultó útil por la pluralidad de perspectivas que introduce al análisis y, consecuentemente, por el enriquecimiento de los datos y su confirmación, entendido como el ejercicio de la triangulación⁽⁹⁴⁾.

Las preguntas que me surgían a medida que analizaba los datos intentaban agudizar las comparaciones, desde las similitudes mayores y en disminución a las diferencias también dentro de este mismo rango. Por ejemplo, me preguntaba cuáles eran las similitudes y diferencias en las experiencias vividas por estos adolescentes durante la infancia eran iguales o diferentes entre los que manifiestan el trastorno, o en qué difieren o igualan los comportamientos de los padres y las madres.

Durante la recogida y el análisis de los datos, redacté numerosos memos. Los memos son las notas (o memorandos) de investigación. Se redactan desde el principio del análisis porque son las ideas “sugeridas” por los datos. Son el primer peldaño de la construcción teórica, permitiendo ilustrar una idea y facilitando al analista distanciarse de los datos⁽¹⁰²⁾. Tal como establece Glaser en 1978, son el estadio central en la generación de teoría y su verdadero producto⁽¹⁰⁸⁾; plasman el pensamiento de quién investiga. Son depósitos de ideas sobre los datos, al recoger pensamientos e interpretaciones. A medida que avanza la investigación, se hacen cada vez más abstractos y difíciles de categorizar porque desarrollan relaciones que se entrecruzan y en ellas surge la duda sobre dónde ponerlo. Contienen las claves de la integración, especialmente cuando se han identificado sistemáticamente las propiedades de los categorías junto con sus dimensiones⁽¹⁰³⁾.

Las hipótesis y proposiciones iban emanando de los datos. Su revisión y nuevo cotejo, me sirvieron para modificar, extender o eliminar lo que fuese necesario. De esta forma, llegué a construir la teoría, entendida como el conjunto de categorías bien construidas e interrelacionadas de forma sistemática por medio de oraciones que indican relaciones y forman un marco teórico explicativo del sufrimiento de los adolescentes en cuestión. Así los hallazgos pasaron de ser un ordenamiento conceptual descriptivo a convertirse en teoría⁽¹⁰²⁾.

La teoría sustantiva emergente procedió del proceso de teorización, por el que se conciben e intuyen conceptos sobre el fenómeno del sufrimiento de estos adolescentes, formulando un esquema lógico, sistemático y explicativo del mismo⁽¹⁰²⁾. Las ideas se convirtieron en teoría cuando se exploraron en plenitud y se consideraron desde diferentes y múltiples planteamientos, puntos de vista y perspectivas para llegar a decidir y actuar según los constantes cuestionamientos y reflexividad realizados a lo largo de todo el proceso de investigación, para poder llegar a establecer qué, cómo, dónde, quién, ... Podemos describir exquisitamente un fenómeno social con un concepto teórico, pero no lo podremos utilizar como explicación o usarlo para realizar predicciones. Para hacer esto, es necesario llegar a una declaración teórica, una declaración entre varios conceptos relacionados.

A la explicación o a la teoría llegué utilizando la codificación selectiva, interpretando los datos a la luz de las relaciones que guardan y mantienen entre sí, intentando descubrir los patrones de conducta de hijos y de padres, identificados por sus hijos. Y de la misma forma la relación de los adolescentes con otros adultos, descubriendo el proceso como patrones de acción e interacción, más que como etapas. Esta codificación me sirvió para integrar y refinar los contenidos de las categorías en un ensamblaje teórico, interrelacionándolas entre ellas y a la vez con la categoría central.

3.3.7. PROGRAMA INFORMÁTICO PARA AYUDAR EN EL ANÁLISIS

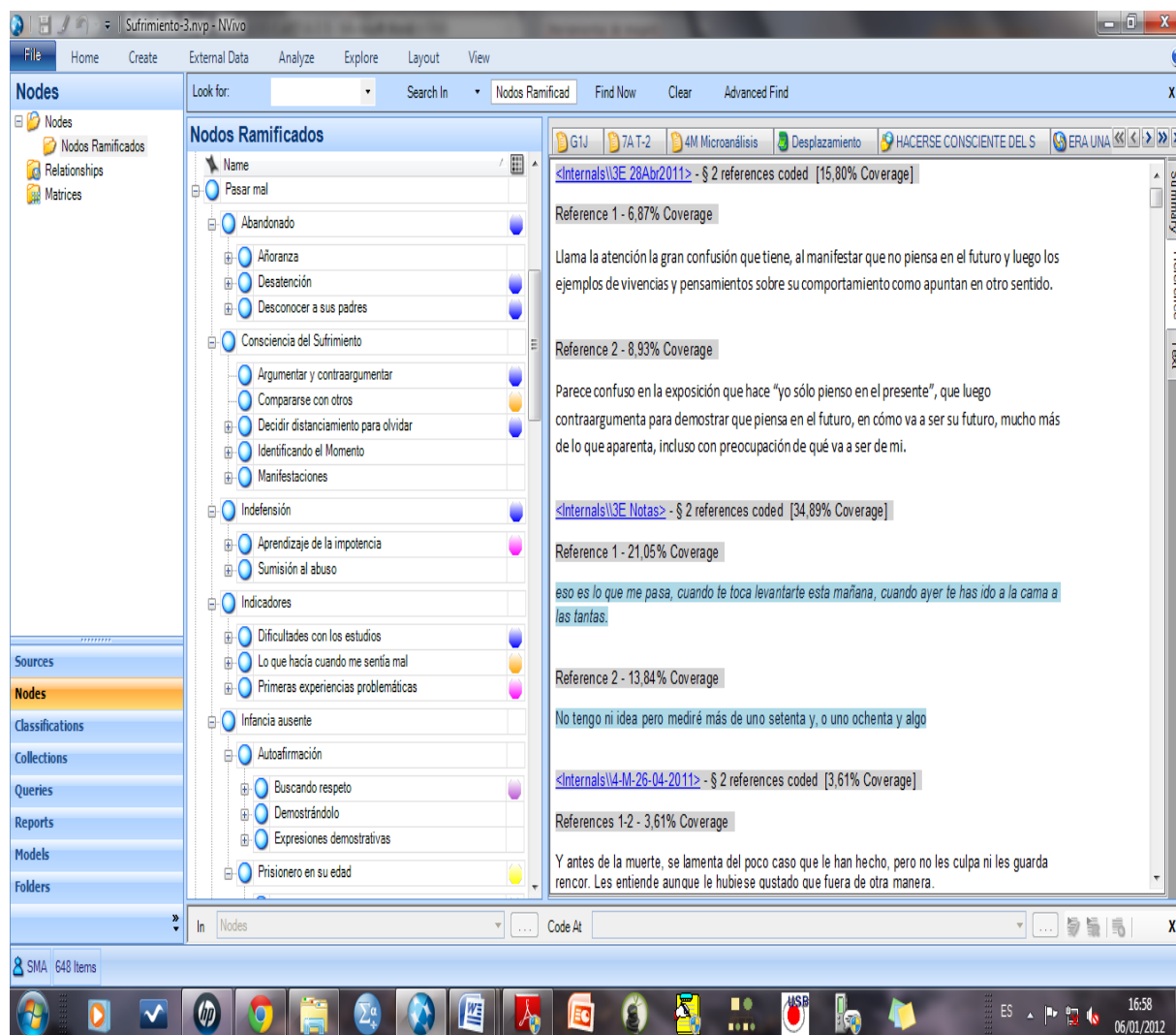
Siguen existiendo discusiones importantes⁽¹¹⁰⁾ respecto al uso del análisis asistido por ordenador, aunque cada vez es menos discutida su utilidad como herramienta para completar las rutinas necesarias para la elaboración conceptual⁽¹¹¹⁾, recordando que su manejo depende exclusivamente de quien está realizando la investigación. El sentido lo aporta la elaboración que realiza el investigador mientras maneja la herramienta. Es cierto que el programa puede hacer mucho por sí mismo. Pero sin una integración se produce, como dice Mercado⁽¹¹²⁾, una segmentación de la información, una pérdida de la visión de conjunto y una descontextualización, quedando reducido el análisis a una interpretación sin sentido.

Es como si un texto en dos columnas se tradujera a través de los traductores disponibles en internet y su resultado fuera la traducción de las dos columnas fusionadas en una, siendo su lectura posible pero sin significado posible de comprender.

Me costó empezar a utilizar el programa informático porque no sabía su funcionamiento y tenía miedo a *“que se perdieran los datos”*. Por esta razón inicialmente analicé manualmente los textos, para poder captar su significado global y poder empezar a identificar las categorías iniciales.

Existen varios programas informáticos para analizar datos cualitativos. Utilicé el N-Vivo 9 comercializado por la empresa australiana de software cualitativo, QSR international. Es una actualización del original NUD.IST Vivo (Non-numerical Unstructured Data.Indexation Indexing Searching and Theorizing), cuya posible traducción orienta hacia la utilidad del programa: indexación de datos no numéricos: Índice, búsqueda y teorización (Figura 2).

Figura 2: Captura de la pantalla del programa informático N-Vivo 9.2



El fundamento de su manera de trabajar⁽¹¹³⁾ es a través de dos sistemas:

- Sistema de. Documentos
- Sistema de. Indización

El sistema de documentos está constituido por los documentos originales conformados por los textos elaborados con procesador de textos u otros programas (pdf: Portatil Document Format) que generan documentos dispuestos para ser impresos, que contienen las entrevistas transcritas originales, observaciones realizadas u otras elaboraciones en formato de texto que se quieran añadir al sistema.

El programa los considerará como divididos por palabras, frases, párrafos o intervenciones de un diálogo cuando se hayan codificado de esta manera. Así todas las palabras están indizadas, permitiendo buscar cualquier término en cualquiera de los documentos que se hayan añadido y siempre que hayan sido codificados.

El sistema de Indización se forma a partir de la carpeta de “Nodos” del programa, que recoge los códigos como una estructura de conceptos jerarquizados en forma de árbol invertido. Se va construyendo a partir de las hipótesis iniciales que orientan los guiones de las entrevistas posteriores. El árbol avanza y mejora, creciendo y cambiando a medida que se trabaja con los datos. Representa la principal herramienta conceptual para el análisis.

Cada categoría constituye un nodo para el sistema, constituida por distintos códigos y conceptos.

Una función básica del programa es la búsqueda de material codificado. Ofrece varias posibilidades de recuperación:

- Recuperación de todos los fragmentos asociados a un nodo
- Utilización de operadores lógicos, booleanos o no, para establecer distintas formas de presentación, combinando las unidades textuales según la codificación previa.

El programa cuenta con funciones similares a programas de gestión de datos cuantitativos como el Statistical Package For Social Sciences (SPSS) o el Excel, aunque en el caso de N-Vivo aplicándolas a textos.

Aunque hay muchas formas de realizar análisis semánticos y pragmáticos, destacamos cinco grandes grupos para englobar las búsquedas:

- 1ª. Confrontación. Por ejemplo intersecciones, uniones de textos codificados con diversos códigos.
- 2ª. Búsqueda contextual. Un concepto expresado en un contexto textual amplio.

- 3ª. Negativas. Permite que no aparezcan uno o varios términos.
- 4ª. Restrictivas. Posibilita considerar únicamente ciertos casos y no otros.
- 5ª. Jerárquicas. Selecciona una categoría y todas las que le preceden y siguen en el árbol de códigos.

Las recuperaciones de información muestran, además de los fragmentos localizados, los encabezamientos que le preceden y una estadística sobre la búsqueda, que refleja el número de unidades de texto recuperadas y el porcentaje, bien del total de unidades que forman el documento o bien de todos los documentos analizados.

A todas las operaciones que puede realizar el programa se accede desde:

- los menús, ejecución de instrucciones a través de un sistema visual intuitivo.
- los ficheros de comandos, son instrucciones escritas en lenguaje-máquina para que el programa lo interprete y ejecute, recurriendo a la combinación de teclas y darle mayor dinamismo sin recurrir a los menús. Son parecidas a las macros de un procesador de texto.

Se eligió la utilización N-Vivo porque es un programa que apoya la teoría fundamentada, al captar e interrogar los significados que emergen de los datos. O porque la codificación ayudada con el ordenador, más allá de poner etiquetas a renglones de texto para recuperarlos, trata de construir y explorar nuevas categorías y puntos de vista de los datos y su vinculación con el texto⁽¹¹³⁾. No es un intento de inutilizar los métodos tradicionales de investigación y análisis cualitativo, como el análisis manual de la teoría fundamentada, defendida por Glaser anteriormente; al contrario, el análisis informático aporta empuje de la investigación cualitativa hacia formas de hacer más sutiles, variadas, poderosas y rigurosas, encaminándola a la creación de teoría⁽⁹²⁾.

La interpretación de los datos se ha basado en la reflexión personal, la re-lectura de los datos, así como la lectura comprensiva de bibliografía sobre teoría fundamentada, durante todo el proceso de investigación.

3.3.8. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

Establecer la calidad de la investigación supone hablar del rigor metodológico de su diseño y desarrollo, redundando sobre la veracidad de los resultados conseguidos.

El propio investigador puede valorar la calidad del diseño lo puede hacer⁽⁹²⁾, controlando aspectos que se relacionan con la ética. Estos controles pueden ser el examen riguroso del procedimiento seguido en la investigación y la adecuación al enfoque teórico. También se puede hacer garantizando la selección de todos los casos relevantes, buscar evidencias para falsar hipótesis, a través de su contraste más que de la constatación. Otra forma es recoger los datos adecuadamente, sin forzar resultados en una dirección pretendida mientras se están analizando, ...

Existe disparidad en los criterios de evaluación de la calidad de la investigación cualitativa⁽¹¹⁴⁾. Dicha disparidad está fundamentada en aspectos tales como las diferentes formas de acceder al conocimiento, los diversos enfoques disciplinares de referencia, o las peculiaridades epistemológicas y metodológicas de dicha investigación. Para asegurar la calidad científica de la presente investigación se siguieron los criterios alternativos desarrollados por Lincoln y Guba en 1985 en su sistema denominado naturalista de valoración de la calidad de la investigación. Contempla los siguientes cuatro criterios:

- A. Credibilidad
- B. Transferibilidad
- C. Dependencia
- D. Confirmabilidad

Estos criterios se sustentan sobre los valores de verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad.

Explico a continuación las estrategias y procedimientos observados.

A. Credibilidad. Se sustenta sobre el valor de la Verdad. Hace referencia a la relevancia de la información encontrada (hechos, interpretaciones y significados), durante la investigación y su correspondencia con el fenómeno estudiado.

Su interés radica en la comprensión de la realidad en su contexto concreto, captándola como un todo unificado, que no se puede fragmentar en variables dependientes e independientes⁽²⁾. Su paralelo en la investigación cuantitativa es la validez interna.

Las estrategias seguidas en esta investigación para fomentar el criterio de verdad, empiezan con el contacto y las entrevistas, estableciendo una relación cálida con los participantes, mostrando mi disponibilidad, escucha activa y aceptación total de la experiencia que relatan los adolescentes. Así se consiguió una mayor cercanía y comodidad, favorable a la apertura y sinceridad de sus relatos. Además, a este criterio también contribuyó mi doble experiencia profesional como enfermera especialista en salud mental y psicóloga clínica. Igualmente, la posibilidad de hacer distintas entrevistas a un mismo participante, ayudó a entender y clarificar sus posiciones.

Por otro lado, la grabación de las entrevistas y su completa transcripción literal ha permitido volver una y otra vez a escuchar los datos originales para buscar los significados vertidos de las palabras dichas y escuchadas, tanto como para buscar evidencias que contradigan las interpretaciones realizadas^(92, 115). De la misma forma, la utilización de citas textuales avalan las interpretaciones presentadas en los resultados.

Finalmente, las opiniones, críticas y sugerencias vertidas por personas ajenas a la presente investigación, pertenecientes a otras disciplinas, clínicas y académicas, han contribuido a dar sentido y coherencia a la actual redacción.

- B. Transferibilidad es la aplicabilidad de la investigación cualitativa. Se refiere a la aplicación de los resultados de una investigación en otros contextos similares o en diferentes sujetos. Es la validez externa, o generalización positivista.

El muestreo intencionado inicial, previo al muestreo teórico, que se ha planteado en el presente estudio, recoge múltiples y suficientes datos descriptivos que permiten valorar el grado de semejanza y coincidencia de las características de los contextos en los que se desarrollan estos adolescentes: edad, sexo, tipo de convivencia, tipo de relación.

- C. Dependencia. Establecida en la consistencia de los datos. Se refiere a la posibilidad de obtener los mismos resultados al replicarse el estudio con sujetos y contextos similares. Pero en este caso, implica la estabilidad de los resultados tanto como conocer los factores que explicarían la variación observada al replicar el estudio. La equivalencia en la investigación cuantitativa es la fiabilidad.

En la presente investigación, la descripción de las características de los adolescentes que han participado, cómo han sido seleccionados y los cambios que se han producido a lo largo de todo el proceso, permitirían replicar el estudio. Además en la presente investigación se ha mantenido una coherencia entre datos descriptivos e interpretaciones. Sin embargo, considero que la replicación del estudio por otras personas, posiblemente daría lugar a otros resultados, dadas las características de la actual realidad social tan cambiante en referencia a los menores, con tendencia a una protección cada vez mayor de los mismos, así como la creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en la educación transmitida a los padres.

- D. Confirmabilidad. Sustentada en el valor de la Neutralidad, hace referencia a la independencia de los descubrimientos, frente a las inclinaciones, las motivaciones, los intereses o las concepciones teóricas del investigador. Es decir, que los datos representen la interpretación más que la interpretación

busque los datos. Se realiza con la triangulación, pero sobre todo con la reflexividad. Es decir, la interacción entre el investigador y el proceso de investigación desde una consciencia autocrítica, reconociendo los supuestos personales⁽¹¹⁵⁾. En la investigación cuantitativa es todo lo referido a la objetividad y su garantía.

Durante la recogida de los datos, mi intención ha sido mantenerme neutral, sin influir directamente sobre los adolescentes, dejándoles hablar, escuchando atentamente, recogiendo las impresiones generadas, valorando la coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal, añadiendo preguntas útiles para contrastar lo observado, las impresiones extraídas y el juicio emitido al respecto, para volcarlo luego en las representaciones de las descripciones.

Además he intentado durante todo el proceso, validar mis interpretaciones apoyándome en los datos, con repetidas comprobaciones y verificaciones frecuentes.

3.3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Presenté el protocolo de investigación al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario de Basurto, obteniendo el permiso oportuno sin consideración o corrección alguna y una pequeña subvención. (Anexo 2 y 3)

Necesité el consentimiento informado de los padres de los participantes, cuando eran menores de edad, a través de documento escrito, subrayando la voluntariedad de la participación así como que en cualquier momento podían revocar su decisión a hacerlo, o incluso a incluir su entrevista en el estudio. El principio de voluntariedad se ha respetado en todo momento con escurpulosidad, no presionando y desculpabilizando a los adolescentes, o a sus familiares, cuando tenían dudas, se negaban o se desdecían sobre la participación.

Por razones de legalidad establecidas en la Ley 41/2002⁽¹¹⁶⁾, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es necesario añadir un documento de asentimiento informado para los adolescentes cuando son mayores de 16 años, pero aún menores de edad. Esta medida la cumplimos en cualquier caso, con independencia de la edad y se les pidió a todos.

Garanticé el anonimato de todos los participantes, tal y como plantea la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal⁽¹¹⁷⁾, excluyendo de la transcripción elementos identificadores y utilizando como pseudónimos nombres de flores dado a cada uno de los participantes. He utilizado precisamente las flores, como se verá en el capítulo siguiente. Como ellas, los adolescentes encierran toda la grandeza, belleza y fragilidad de un ser humano.

Los clínicos y responsables jerárquicos conocen el contacto entre la investigadora y el adolescente, pero desconocen la decisión del adolescente de participar o no en el estudio.

En el caso de los adolescentes que han estado ingresados, he esperado al menos un mes desde el alta para informar del estudio e invitar a la participación. La razón que justifica hacerlo de esta forma es que no se sintieran obligados a participar y pudieran negarse sin miedos mediadores.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. INTRODUCCIÓN

Considerar el sufrimiento en un contexto de salud y desde la perspectiva de los protagonistas, me ha llevado a indagar en el grupo de población adolescente con TC y tratada en las unidades de psiquiatría infanto-juvenil.

El TC muestra una realidad creciente reconocida a nivel mundial e implica sufrimiento. El sufrimiento es reconocido individualmente por los profesionales^(8, 62, 69, 70) que atienden a estos adolescentes. Esta forma de sufrimiento no se ha llegado a indagar cuál es el significado que tiene para ellos y en primera persona, ni el sufrimiento que implica llegar a esta condición. Para ello era necesario realizar una investigación cualitativa.

La exposición de los resultados pone de manifiesto la existencia de un proceso. Pero más allá de demostrar una simple transición temporal, se traslada el contenido que da sentido a la misma, utilizando las palabras de las personas implicadas.

En cada categoría principal se han descrito sus subcategorías y sus interrelaciones, que desembocan en la categoría central, de la que dependen las demás. Se ha destacado con un código in vivo “Pasar mal”. Con él se representa y explica, mucho mejor que con cualquier otro código, el significado del sufrimiento para los adolescentes con TC, así como la experiencia vivida. Cada categoría contempla el proceso cronológico del adolescente, recogiendo los distintos momentos de su existencia, hasta el momento actual. Subraya la visión e interpretación que ellos dan. Por ello se ha convertido en una teoría sustantiva emergente de los datos.

Empezaré a representar el sufrimiento, lo que significa para los adolescentes con TC.

“A mí no me gustaría que las otras personas lo pasarían mal como lo he pasado yo”. (Adolfo, 14 años)

Con esta afirmación, avalada por el resto de los participantes, queda representada la categoría central de la investigación. “Pasar mal” es el resumen de la expresión del sufrimiento experimentado por estos adolescentes para llegar a desarrollar un TC. Se expondrá ampliamente su explicación en el capítulo 5. En esta categoría central han quedado representados los bloques temáticos con los que se iniciaron las entrevistas en profundidad de la presente investigación: Familia, Colegio, Amigos, Peleas, Contacto con Salud Mental. Esta categoría central se explica por medio de las siguientes cinco categorías principales:

1. Infancia ausente
2. Relaciones parentales complejas
3. Manifestaciones del sufrimiento
4. Concienciación del sufrimiento
5. Suavizar el sufrimiento

El trastorno de conducta es el periodo en que los adolescentes expresan externamente su sufrimiento, aunque así no lo nombran. Cuanto peor lo pasan mayores son las conductas disruptivas que necesita cometer. El contexto próximo donde se desarrolla es su entorno familiar. Unas veces es un entorno desestructurado. Otras veces no, aparentemente. Sin embargo la funcionalidad del mismo, no favorece la tranquilidad y la compañía necesarias para favorecer un crecimiento y desarrollo normalizados.

La descripción de las categorías y su correspondiente significado para los adolescentes entrevistados queda recogida en las siguientes líneas. Son los argumentos del presente capítulo y de los cuatro siguientes. Representan los resultados de la presente investigación. Empiezo con la explicación de la Infancia Ausente y sus subcategorías, renuncia parental, vulnerabilidad y salida rápida de la infancia.

4.2. INFANCIA AUSENTE

Esta categoría muestra el reconocimiento de la ausencia de una época de la vida destinada al juego como medio de aprendizaje a través de la simulación de roles. También es la etapa de búsqueda de contacto y protección con las figuras de apego. Son generalmente los padres, aunque pueden ser otros adultos que aporten esta referencia afectiva, dada la dependencia del niño en estos momentos de su vida. Para algunos este contacto ha resultado realmente insuficiente o inexistente. En su recuerdo identifican ausencias. Se centran en lo que no han tenido y han añorado.

La infancia ausente es la época de la vida que añoran, expresado generalmente por la ausencia de alguna figura afectiva con la que compartir diversas actividades. Tal ausencia, personalizada principalmente en la figura de la madre, es materializada en la ausencia de ambos padres. Pone de manifiesto generalmente, la ausencia de la protección, el cuidado y la aceptación necesarias y útiles para que los niños o las niñas se sientan queridos y aceptados para poder sobrevivir. Esta ausencia puede ser total. Son los casos de abandono; o parcial, cuando ha habido momentos puntuales en los que por problemas o situaciones diferentes (de salud, laborales, ...), la ausencia de los progenitores ha sido real. Estos momentos de ausencia cruciales para el desarrollo infantil, lo son porque necesitan de protección, cuidado, orientación y limitación, propias de una adecuada guía para que se produzca una óptima estimulación intelectual y emocional para continuar su aprendizaje. La guía es el feed-back que permite metabolizar el conocimiento, permitiendo crecer a la inteligencia. Cuando no existe tal, pueden aparecer los fenómenos de “rebeldía extrema”, “salvajismo” o de TC, entre otros problemas mentales. Aquellas reacciones son, a veces formas de mantener o incrementar su autoestima, con los recursos disponibles. Los de un niño que ha ido experimentando por sí mismo, sin la guía que le hubiera gustado tener. Los adultos referentes no están como quiere el niño, o están ocupados en otras cosas, las propias del desarrollo de la vida cotidiana en una sociedad competitiva y consumista.

Hay otro grupo de adolescentes, protegidos en su entorno familiar y con presencia de padre y madre. Son considerados autosuficientes para defenderse, responsables para autocuidarse y capaces con las tareas escolares, desde siempre. Así, la supervisión es

menor desde edades muy tempranas; con 7 u 8 años hacen muchas cosas de adultos; entre otras decidir casi todo lo referente a su vida. De forma que a los 10 u 11 años, empiezan a notar que algo está cambiando. Efectivamente, se están haciendo mayores. No comparten con sus padres sus inquietudes, porque no están acostumbrados a hacerlo.

En esta rápida salida de la infancia, unos lo hacen impulsados por su desprotección, por su instinto de supervivencia desde el abandono temprano. Otros lo hacen desde la mayor de las protecciones en su hogar, porque se sienten atrapados en una edad que no quieren, en una situación que no les gusta y en un contexto evaluado como insuficiente.

El recurso al cannabis es la salida fácil a su sufrimiento. Resulta la “medicina” más potente para calmar su malestar, su intranquilidad, su miedo, su tristeza, su incertidumbre, su zozobra interior. Durante un “ratito” no tienen preocupaciones, necesidad de defenderse de agresiones o “nervios” sin saber a qué o por qué. Esto es lo que hace los porros tan atractivos, que les gusten tanto y que quieran normalizar su utilización e incluirlos en la vida doméstica que les “está generando” tantas dificultades.

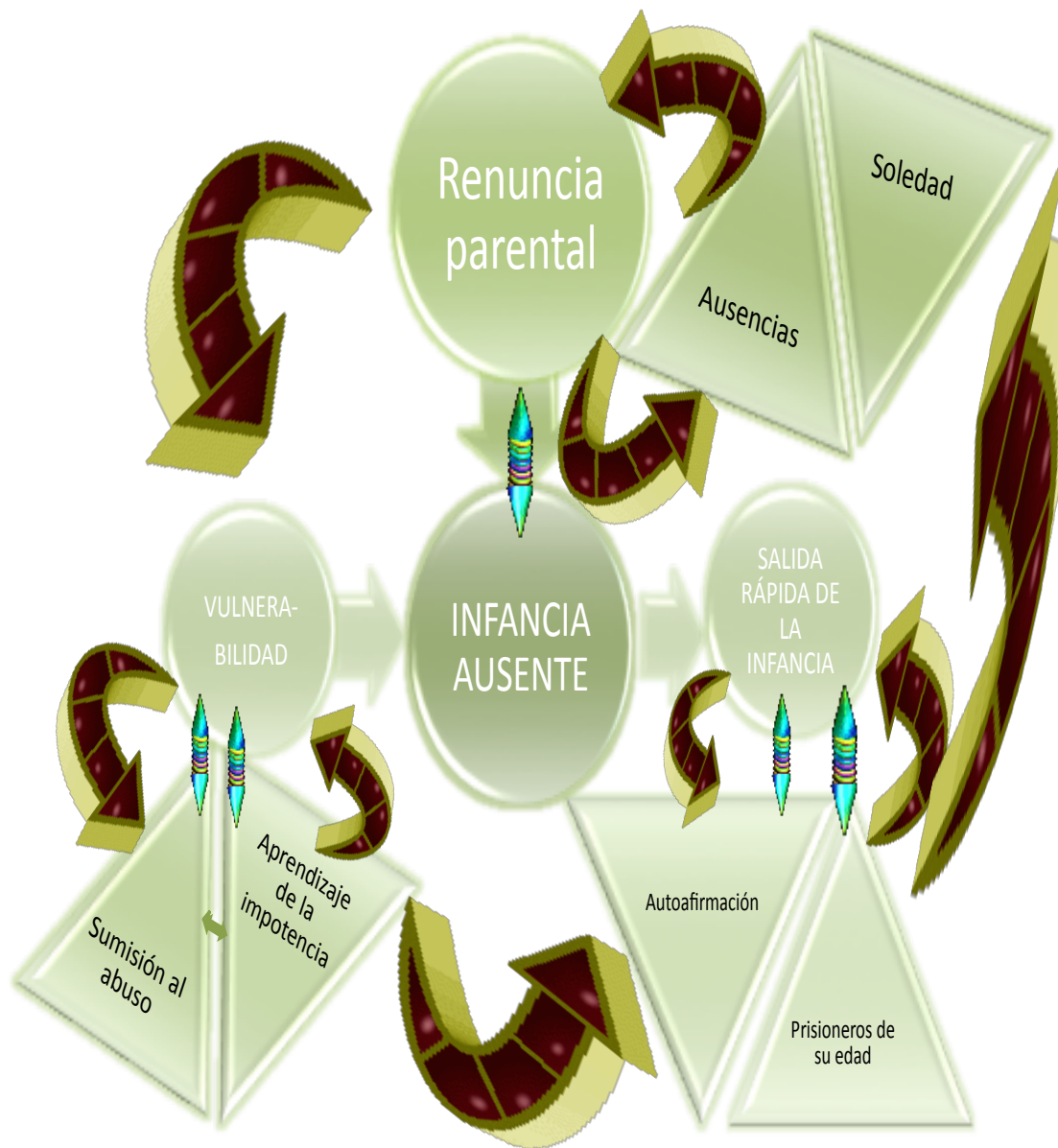
Los padres ausentes suelen ampararse en promesas luego repetidamente incumplidas, cuando los adolescentes les confrontan sobre sus sentimientos. Se ocupan de aspectos normativos, alejados de la implicación emocional. Pierden la oportunidad de conocer a sus hijos-as, desaprovechan la ocasión de aprender con ellos-as, desperdician el momento de darles lo que necesitan y que, solo la madre no puede hacer. Si hablamos de humanizar la atención sanitaria, es preciso hablar también de humanizar la familia. Posiblemente para hacerlo sea necesario tener sólo aquellos hijos que se van poder atender, y prepararse para ello. Esta afirmación será tachada de retrógrada, al inmiscuirse en la vida privada de las parejas. Sin embargo, no hacerlo supone la invasión de la decisión de la pareja en las estructuras sociales: educación, sanidad, economía, ... Y esta es una tendencia en alza. Se está produciendo un cambio en las funciones tradicionales de la familia⁽¹¹⁸⁾, donde la educación y la socialización se está trasladando a escuela, quedándose en casa la integración emocional y el consumo⁽¹¹⁹⁾. El uso del tiempo libre para el disfrute, en los postulados de la modernidad⁽⁴³⁾.

Los hijos no vienen con un manual bajo el brazo. No son un objeto del catálogo de la colección de las posesiones familiares. Tampoco son el trofeo que, abillantado, se muestra en ocasiones especiales ante un público crítico. Una de las variables destacadas como más relevantes para el TC apunta a la interacción familiar, pues ella configura el desarrollo y la perpetuación de las conductas externalizantes, dificultándose el ajuste al medio⁽⁸⁰⁾. Sin embargo, cuando los tratamientos se realizan únicamente a los adolescentes, una parte del problema queda sin afrontarse.

El contexto de desigualdad existente entre padre y madre repercute en la prole. Tal cuestión de género pasa desapercibida y se justifica en el argumento de “la salida de las mujeres al mundo laboral”. Queda por decir algo para completar la explicación, extremadamente reduccionista. La no entrada del padre en el mundo hogareño, rompiendo el concepto establecido en el imaginario cultural, completa el panorama del problema. Lo mismo que el embarazo no es sólo “cosas de mujeres”, excepto para aquellas mujeres que deciden hacerlo solas, tampoco los hijos lo son. Por tanto romper, desechar la idea de la mujer como “huésped de la enfermedad”⁽⁹⁵⁾, sea en sí misma una manera de romper la desigualdad, favoreciendo o mejorando la implicación del varón en el cuidado doméstico.

En la Figura 3 queda representado el diagrama que esquematiza la categoría principal infancia ausente con las subcategorías que la rellenan de significado y contenido, así como las relaciones e interrelaciones que existen entre ellas.

Figura 3. Infancia Ausente



La infancia ausente congrega dos situaciones principales, la de los que se sienten abandonados y la de los más protegidos, que caracterizan los discursos de los adolescentes participantes. A partir de ellas, se han constituido en tres subcategorías principales. Son la renuncia parental, la vulnerabilidad y la salida rápida de la infancia. Esto apunta hacia la falta de tiempo de sus padres para jugar con ellos, o que los padres no han querido, no han podido o no han sabido hacerlo de otra manera, y dedicarles la atención que requerían. Se explican a continuación.

4.2.1. RENUNCIA PARENTAL

La renuncia parental puede resultar exagerada o increíble, porque todos los padres y madres buscan el bienestar de sus hijos así como mejorar su futuro. Si esto es cierto, el problema del TC de conducta no sería creciente ni tan acuciante. Este problema pone de manifiesto la existencia de una crisis de la familia, tanto como del global de la sociedad. Esta crisis es también reconocida por otros autores de otras localizaciones, a partir de la oposición del adolescente a los valores y principios familiares. La relación así se hace a veces conflictiva cuando el tiempo familiar es menor por las separaciones entre los padres, y con ella el alejamiento de uno de los progenitores, las diferentes ocupaciones y obligaciones de sus distintos miembros, así como los distintos modelos de crianza⁽¹¹⁹⁾.

La responsabilidad abarca a más personas que al adolescente. Las actitudes y costumbres familiares, también entran en juego. Será necesario analizarlas. Además, la conciliación laboral y familiar introduce nuevos enfoques y distintas necesidades. Es la acción o el efecto del abandono de algunas tareas, cuando los padres pierden o ceden el dominio sobre el cuidado y protección de sus hijos, para proporcionarles, a través de su trabajo, otros cuidados y protecciones. Por ejemplo, actividades extraescolares añadidas a la jornada escolar, generación de nuevas necesidades encaminadas a un mayor consumismo, etc., pero menor tiempo de permanencia con los hijos. La repercusión a largo plazo, puede ser el trastorno de conducta. Es la situación en la que sienten, y así la describen, se han encontrado desde niños estos adolescentes, incluso cuando los padres están presentes. Es la situación en la que una persona mayor no se ocupa de los niños, no juega o se relaciona con ellos, no le hace partícipe de la vida familiar o de una relación afectivamente cercana. El caso más extremo es cuando los adolescentes desconocen o nunca han vivido con su padre/madre, o con ninguno de ellos.

“De mis padres no sé nada.”(Adolfo, 14 años)

El sentimiento de abandono provoca un auténtico rechazo de la paternidad y maternidad natural. Son los propios hijos quienes les etiquetan como *“malos padres”*. Demuestran

en sus palabras el alejamiento y, porqué no, el desprecio que sienten por esos progenitores que han huido de su responsabilidad, mostrando su incompetencia psicológica para tener hijos. Así lo recogen los siguientes extractos de algunos de los adolescentes.

“[Son]¹³ malos padres. No me gustaría a mí que me pasaría lo mismo. Es que dejar un niño así, no me va.” (Adolfo, 14 años)

“La verdad, a ver, que me han hecho también la pregunta esa de a ver “¿y si se muere tu madre que pasaría, llorarías?” No, no, no. Yo la verdad, sintiéndolo mucho, no voy a llorar por ella. Por una persona que no me ha querido en toda mi vida, por una persona que no ha dado la cara, no porque no. [Sin escuchar mi intervención sigue hablando] Que no, porque yo cuando era pequeña, yo nunca he dormido con ella, nunca me ha dado el biberón, no, no siempre mi abuela o mi tío.” (Rosa, 15 años)

“Y porque eso de que me pegó, no me lo puede negar porque denunció el hospital, que yo no he contado lo de los moratones. Que yo si tengo un hijo no es para pegarle. Es decir, si tienes un hijo se debe tener para darle cariño y cuidarle, no para maltratarlo. Que ya lo dice todo el mundo, que yo sigo viva es gracias a Dios o sea. Pues con tres meses me maltrató. ¡Tres meses de edad! ¿Qué sería, así? [Pone las manos limitando con los índices para calcular una medida]. Es que ¿cómo vas apegar a una cosa así? Es que yo no puedo. Claro que la señorita sí. Y ahora quiere quedar como la buena y todo bueno, cuando ya sé todo y no es la buena: pero bueno.” (Valeria, 17 años)

Por otro lado, los adolescentes recurren a señalar a quienes, por medio de los vínculos afectivos establecidos, identifican como auténticas raíces familiares, como se puede apreciar en la siguiente afirmación.

¹³ Los corchetes son comentarios de la entrevistadora que amplían su significado.

“Mi abuela es mi madre, mi tía la mayor es mi hermana mayor, sus hijos mi sobrinos, y luego mi tío con el que vivo, es mi aita. Todavía tengo un lío ahí.” (Rosa, 15 años)

La renuncia parental no está vacía de contenidos. En ella han emergido dos subcategorías, fundamentadas en cómo se sienten de niños estos adolescentes: las ausencias y la soledad. Como dos caras de una misma moneda, genera desatención y añoranza. Empiezo a desarrollar el contenido de la primera.

4.2.1.1. AUSENCIAS

Está compuesta por una situación, la desatención, y un sentimiento, la añoranza. Respecto a la **desatención**, vemos a muchos niños en distintas situaciones en las que sus padres están despistados en su atención, en las que dejan de hacerles caso, por múltiples razones. Seguro que también es cuestión de grados, pero un extremo de todo esto queda expresado con las siguientes afirmaciones de los adolescentes.

“Mi madre al tener que...”¹⁴ Claro el bar lo tenían entre los dos, y mi madre también encargándose sola en el bar, yo era la que me hacía la comida, con 12 años, cocinaba yo, me hacía la cena; mis hermanas ya no vivían conmigo, ninguna de las dos.” (Mimosa, 22 años)

Llama la atención cómo expresan las ausencias, relatándolas desde la ausencia de recuerdos infantiles con sus padres. Realmente los relatos subrayan la falta de recuerdos en situaciones concretas relacionadas con el afecto y la presencia cercana: jugar, ir juntos a sitios, pasar tiempo con ellos, etc.

¹⁴ Los puntos suspensivos sin paréntesis hacen referencia al ritmo de la conversación, cuando entrecortan las frases por los silencios que hacen los adolescentes durante su relato. Cuando los puntos suspensivos van entre paréntesis, se refieren a una parte de la grabación que no se entiende.

“Es que no tengo recuerdos yo con mis padres de que me hayan podido llevar al parque o a la playa. Solamente cuando tenían las vacaciones, se cogían del bar un mes de vacaciones. Yo creo que por eso no les hacía caso.” (Mimosa, 22 años)

Pero cuando los recuerdos son dramáticos, una forma de avanzar hacia la superación del sufrimiento es dejar de lado la añoranza dolorosa, justificando la indiferencia afectiva, o incluso el desprecio, en las conductas demostrativas de la renuncia de los progenitores.

“No tengo recuerdos de la vida con mi madre. Sólo sé que el día de mi cumpleaños mi padre echó a mi madre de casa porque ahora, eso me lo contó él, porqué fue y, que levanto el cuchillo y todo, y que empezó a dar hostias a las puertas y todo. De eso me acuerdo.” (Valeria, 17 años)

“Yo la verdad es que yo los recuerdos los he olvidado. Me da igual.”
(Rosa, 15 años)

Una característica de la relación de estos adolescentes con sus padres, es la desatención. Consiguen desplazarles por cualquier motivo, fundamentalmente tener otras ocupaciones, falta de tiempo y energía, relegando el ocuparse de los hijos a otro nivel de prioridad.

“—¿Aita¹⁵ te vienes a jugar a las cartas? —. Y cinco minutos después —¡Anda Dile a otro que juegue contigo! —. Y yo —Vale, muy bien, perfecto—. Me quedo como —muy bien, todo muy bien. Hazles más caso a ellos que yo algún día ya te diré ¡anda! ¡vete con tus amigos!, que no te quiero ni ver—. ” (Margarita, 13 años)

¹⁵ Aita es la palabra en euskera que significa papá

Esta desatención ha sido recogida por Lindhölml y Erikson⁽⁵⁶⁾, quienes definen sufrir a partir de las experiencias de personas adultas con severos trastornos y enfermedades mentales. Ellas concretan como una relación interrumpida, provoca decepción y el abandono en que te dejan, te desconecta de algo que podría haber sido tuyo y de algo que realmente anhelas. El sufrimiento del pasado se convierte en sufrimiento presente, en un proceso de actualización del recuerdo para mantener el sufrimiento.

Los padres y madres, parece por los relatos de los adolescentes, que tampoco suelen ver las necesidades de atención, supervisión y dedicación mostradas por los niños-as durante la infancia; hacen por él o ella, lo que con más tiempo podrían hacer por sí mismos. De nuevo el tiempo, la paciencia y la energía tiranizan la relación.

“Me lo hacen todo.” (Diego, 13 años)

He observado durante los tiempos de visita a los adolescentes mientras se encuentran ingresados, que son habituales las promesas sobre la futura convivencia y atención que les prestarán. Prometen y vuelven a prometer sobre cómo va a ser la vida cuando vivan juntos. Pero ese futuro se alarga hasta no se sabe cuándo. Y nunca llega. A través de la observación participante durante las terapias grupales alrededor de una gran mesa, se evidencia como hay un cambio radical en su estado de ánimo cuando su padre le habla del futuro próximo en la casa familiar, con él, su pareja y su hermano. Entonces, su trabajo mejora considerablemente, desapareciendo cualquier muestra de oposicionismo o negativismo desafiante (*Memo Valeria, 17 años*). Suelen surgir los problemas, más problemas, cuando los adolescentes dejan de creer las promesas o lleguen a la conclusión que no hay cumplimiento de las mismas. La suerte corre pareja de estos padres y madres, pues los adolescentes encuentran justificaciones y disculpas para dichas conductas.

La ausencia de reproches llega más adelante, ya de adultos, cuando se ha producido el perdón. Si es que llega. Durante la adolescencia, no es posible. Están demasiado inmersos en su tremendo malestar, en la búsqueda a través de la experimentación, para poder llegar a conclusiones más productivas.

“No se lo reprocho, nooo, no no no, para nada.” (Mimosa, 22 años)

Este perdón no es posible en este momento. Como dicen Lindhölml y Eriksson⁽⁵⁶⁾ los adolescentes no pueden ver el sentido de su sufrimiento mientras están sufriendo. Porque el ‘pasar mal’, su sufrimiento, es una realidad, aunque en la mayoría de los casos *justifican la desatención de la ausencia* de sus padres, las personas que no están. Ellas son las personas con las que quieren estar.

“Mis padres, trabajaban muchísimo. Y yo entiendo que lo hicieran por mi bien, y por el bien de la familia. Pero yo también tenía derecho a estar con ellos.” (Margarita, 13 años)

“Mi madre no me podía sacar por ahí a pasear de pequeña, porque estaba trabajando de la mañana a la noche en el bar. No ha podido estar conmigo, no me ha podido cuidar apenas.” (Mimosa, 22 años)

En definitiva, la desatención es una de las caras de la moneda de las ausencias. La otra es la añoranza, esa situación en la que echar de menos a alguien produce un intenso malestar, tal y como explico a continuación.

La **añoranza** se refiere a varias condiciones. Una de ellas es la posibilidad de estar con sus padres, disponibilidad para poder compartir experiencias e intercambiar cariño; añoranza de personas. Pero es también una respuesta que da el niño o el adolescente a lo que hace, o no hace el adulto. Hace alusión a un sentimiento surgido en una época de la vida que consideran perdida, ausente o inexistente. La denominan “Infancia bonita”, o incluso más allá, una vida normal que incide en la presencia de los padres, reconociendo la necesidad de afecto como elemento que marca en la vida.

“S¹⁶. ¿Qué críticas le haces a tu madre?

R. Que no ha sido buena conmigo, que no me ha dado el cariño que necesitaba.” (Rosa, 15 años)

“A mí, me hubiera gustado tener una infancia más o menos bonita. Pues... que tengas a tus padres cuando les necesitas, y también cuando no les necesitas. Porque mis padres estaban...cuando tenían tiempo. Y, quieras o no, un día me cansé de que mis padres sólo tuvieran tiempo, o para el trabajo, o para otras cosas.” (Margarita, 13 años)

“Hombre, yo creo que en la infancia es cuando más necesitas el cariño de un familiar. A ver, no es que te vayas a acordar plenamente de adulto, pero a lo mejor, o que tienes ya de adulto tus recuerdos de cuando eras pequeño, de estar con tu padre, con tu madre, tu hermana, o con quien fuera.” (Mimosa, 22 años)

Yendo un poco más lejos, estos adolescentes añoran también la presencia de límites o se lamentan de la laxitud en los mismos. En la cuestión de grados citada anteriormente, este sería el otro extremo. Posiblemente algunas veces esto sea así por incapacidad emocional (por pena) como una forma extrema de sobreprotección, perjudicial porque impide aprender a tolerar la frustración, a adaptarse a las exigencias del entorno y a defenderse de los intentos manipuladores. Esta característica de las ausencias hace de estos niños adultos más frágiles y vulnerables, aunque aparentemente sean ‘tramposos’, ‘matones’ o ‘aprovechones’ de cualquier circunstancia en la que tengan que asumir frustración: esfuerzo, competición, competencia o destreza, asertividad, Schenetti habla de la aparición de la melancolía o frustración cuando al pequeño no se le reconoce su iniciativa propia, la capacidad de reaccionar, de dar sentido a las cosas y a las desventuras que les suceden. Cuando lo dejan sólo ante la vida porque los adultos no lo

¹⁶ En las citas, las iniciales se refieren a las iniciales de la entrevistadora S=Susana y el o la adolescente, R=Rosa. De cualquier forma, al final de la cita aparecerá el nombre del adolescente entre paréntesis. Aprovecho para recordar que, el nombre de los adolescentes corresponden a las flores tras las que mantengo su anonimato e intimidad.

comprenden ni logran reconocerle una identidad propia, al considerarles un objeto a imagen y semejanza de las propiedades personales.”(Pg 55)⁽¹²⁰⁾.

“Y entre una y otra cosa están los castigos severos, como llegar a casa a las 2h. Eso me parece un castigo severo porque yo llevaba un ritmo de vida que llegaba a casa a las 8 de la mañana cuando ella ya estaba desayunando. Mi ama me decía, venga Jo. Métete a la cama. Porque me veía destrozado. Me decía métete a la cama y te despiertas a las 8 de la tarde. Duermes 12 horas y te despiertas como un campeón..” (Cosmo, 17 años)

Cuando surge la añoranza hay una búsqueda de lo perdido o de lo no tenido y añorado, recurriendo a la agresividad como expresión de la tristeza, de la rabia o del miedo. Los más mayores lo argumentan desde su lógica, transmitiendo la existencia de un trasfondo emocional elaborado cognitivamente hacia territorios del descontrol.

“No tener ganas de nada..., estar mal y estar llorando y...despertarte por las noches y llorar... Romper cosas..., pegarme con la gente... Yo me he pegado con mucha gente en la calle. Yo creo que si un chaval pega a otro, es porque está quitando su rabia. Todo lo que yo no he podido pegar a mi madre, se lo he pegado a ese chaval o a esa chavala.” (Amapola, 16 años)

“Si llevas ya rayado todo el día igual y algo te hace saltar, pues, lo mismo yo. Todos tenemos un tope. Pues ya está.” (Sabin, 17 años)

Son adolescentes que se han acostumbrado desde niños a estar solos con sus juguetes y de esta manera han aprendido a relacionarse, añorando de verdad a personas cercanas. Y cuando aparecen, su confusión les hace agarrarse a lo que consideran atención; les costará corregir su elección. A partir de la ausencia, surge la soledad.

4. 2.1.2. SOLEDAD

“[Cuando llegaba del colegio y mis hermanas se pegaban] Me ponía a llorar en una esquina y luego me iba. Tenía [en mi habitación] un baúl, me acuerdo de paja. Me acuerdo que era blanco, con cuatro cuadraditos...de dibujos, la tapa rosa. Tenía el baúl lleno de juguetes y me quedaba ahí sola, todas las tardes.” (Mimosa, 22 años)

La cita representa con crudeza la soledad de un niño que no cuenta con lo que necesita. Muestra la soledad de un acompañamiento insuficiente, posiblemente porque a partir de la añoranza de las personas que ellos quieren, sea más fácil encontrar una soledad compartida.

A la vez que se añora, cuando pasa el tiempo, han madurado y el sentimiento está más apaciguado, surge un sentimiento de culpa por esta añoranza. Sentimiento de culpa que está fundamentado en una conceptualización distinta de los padres, cuando la madurez permite más independencia afectiva, cuando la madurez ‘ha curtido’ la soledad y la añoranza. El planteamiento de adulto a adulto permite borrar parte del recuerdo, entender la relación y perdonar. Las necesidades de los adultos son diferentes. Cuando la mirada hacia los progenitores se torna incluso tierna ante las dificultades que afrontan, surge el sentimiento de culpa por la inicial recriminación infantil. El sentimiento de abandono termina volviéndose culpabilizador. De hecho, Mimosa ahora adulta, lo dice refiriéndose a su madre:

“Ha sido una persona que me ha intentado sacar adelante. Bien o mal, aunque no me haya podido atender apenas, en la vida, ha estado trabajando para sacarme adelante. Para que no me faltara un pantalón y un plato de comida.” (Mimosa, 22 años)

Esto incide directamente en la soledad en la que se encuentran y sienten estos niños, incluso cuando son ya adolescentes, sin adultos que orienten, dialoguen, limiten y supervisen las actividades que van realizando. Los padres, enseguida les consideran

autónomos, con independencia del grado de madurez o responsabilidad manifestada. De una forma más pasiva, o cuando son demasiado pequeños pueden recurrir a ‘mirar al cielo’, por ejemplo para entender el sentimiento de soledad y el aislamiento en el que se encuentran.

“Mi madre cuando yo era muy pequeña, trabajaba casi las 24 horas del día. Y no sentía a mis padres casi, solo les sentía físicamente, y aunque les sientas físicamente psicológicamente es como, ... te encuentras en medio de la nada, tu sola, mirando al cielo esperando a que lleguen tus padres y,... tú ... [te preguntas]..., ... ¿Qué ... qué me pasa? ¿Por qué me siento tan sola?” (Margarita, 13 años)

Las ausencias y la soledad infantil sentidas, ha hecho que se acostumbren a decidir por sí mismos en todo momento, a no tener referencias claras, límites concretos. Siempre han podido hacer lo que han querido porque no había nadie para corregirles, y cuando estaban no lo hacían. Esta “libertad” para decidir genera confusión cuando empieza a darse cuenta de los contrastes que existen cuando la información es más amplia, las exigencias superiores y las dificultades mayores. El esfuerzo es un aprendizaje previo inexistente y, sobre todo, la mayor frustración, no conseguir la compañía de los padres. Como ha sido desde siempre, la tolerancia a esta frustración de estos niños y niñas es inmensa, llegando a la desmotivación, el aburrimiento y la búsqueda de soluciones alternativas con las propias estrategias.

“Más que todo lo hice porque mi aita me estaba echando prácticamente de casa. O sea que me dijo, si quieres coge, hazte la maleta y te vas. O sea esas palabras las oí. Y lo hice más que todo para vengarme, en plan como un contraataque, sabes. Ahora te vas a joder y te voy a gastar 1200 euros, que es lo que hice.” (Cosmo, 17 años)

El texto de Martín y Arribas refleja las manifestaciones artísticas contemporáneas de la infancia. Ponen de manifiesto a niños inocentes, pero también a los que podríamos llamar de conducta trastornada, como consecuencia de un pasado en el que la presencia

adulta es prácticamente nula. Algunas obras transmiten a niños aislados de su entorno y descontextualizados, solos y vulnerables. Los autores pretenden mostrar “los vacíos susceptibles de ser completados desde el presente como una retrospectiva a ese ‘lugar’ (o momento) denominado infancia”⁽¹²¹⁾ (Pantalla 2), para reconocer las paradojas, subrayándolas. El hecho de presentar esta referencia pone de manifiesto el reconocimiento de aspectos de la experiencia de la infancia que se reflejan en todos los órdenes y disciplinas de la vida.

Aprender en SOLEDAD por tanto, supone conjugar cuatro elementos:

- La falta de guía, que les impulsa a hacer “lo que quieren”, que realmente es lo que pueden.
- La inmadurez ante la irresponsabilidad por las consecuencias. Están convencidos que, hagan, lo que hagan lo harán mal. Hay quien habla de la huida hacia adelante o del acting out. Sin embargo, las experiencias tan inadecuadas, dejan huella para su aprendizaje posterior.
- Experimentar con todo, en un intento de esconderse para huir del sufrimiento.
- Decidir ante las dificultades a partir de la terquedad que demuestran frente a la crítica y las recomendaciones de otras personas, se mantienen en la decisión tomada. Tal decisión es muchas veces equivocada.

La consecuencia es la necesidad de un tiempo mayor de dedicación para sacar las conclusiones rápidamente y aprender, que la guía de un adulto puede dar a través de simulaciones y supuestos. Con estas simulaciones se posibilita introducir las correcciones oportunas que retroalimentan la conducta, tanto como el proceso de aprendizaje, completándolo. Permite además volver a practicar lo apuntado, introduciendo innovaciones, cambios. De esta forma, el niño o el adolescente puede sacar las conclusiones necesarias y suficientes para completar el proceso de aprendizaje de las cosas cotidianas.

El colegio podría ser un sustituto para esta soledad, pero a medida que las exigencias escolares son mayores, las dificultades emocionales más amplias y las distracciones más

atrayentes, la concentración y la atención se desvían por completo. Buscan otras alternativas, a veces inadecuadas, en un intento de encontrarse mejor; sin embargo las alternativas suelen empeorar la situación y meterles en un camino de mayores dificultades.

“[Dejé de ir al colegio con 11 años] Porque me sentía muy mal. Llegó un momento que dije que no, no puedo más, yo no puedo compaginar estudios y ..., y ..., y vida, no ..., no puedo compaginarlo, no. Son dos piezas de un puzle que no. Si intentas ponerlo así, pues todavía peor, no ... no forman la imagen que ... tu quieres ...” (Margarita, 13 años)

“M Con 14 años ya me empiezo a juntar con gente. Estaba sola, y me empiezo a juntar con gente. Con gentuza, con gente de treinta y tantos años..., yonquis del pueblo.

S. ¿Yonquis? y qué buscabas en ellos, como te juntaste con gente tan mayor

M. pues...no estar todo el día en casa. No estar sola en casa. (...) Era gente así, de mi barrio; y lo típico que te dicen “aaaah ¿vienes a echar un cigarro?” yo cuando eso ya fumaba y ¡wuaa! —Vale y tal—. Y se te presentan y hablas y coges alguna amistad. Eres una cría inocente, cuando entonces, entonces, no sabes lo que te van a hacer. Más que meterte un ácido en un porro. Con 14 años.” (Mimosa, 22 años)

Además, el colegio y todo su entorno rezuma aburrimiento, dificultades y conflictos. Las actividades escolares las consideran inútiles e infantiles, porque no ven la traslación pragmática a la vida real. Lo intentan simplificar tanto que terminan por denostarlo, viendo como única solución abandonar los estudios, dejar de ir al colegio.

“Ahora cuando me veo en clase un día normal, que cualquiera lo vería pues hacer deberes y eso, pues yo lo veo como sentarme en la silla ponerme a dormir o pasar de todo. Para mí ese es un día normal en clase.” (Diego, 13 años)

“[Dejé el colegio] con 16, porque estaba cansado de ir a clase, de estar ahí horas y horas, sin hacer nada, p'calentar silla.” (Laurel, 18 años)

Cuando la orientación en casa es deficiente, posiblemente se acelera el descarrilamiento como único resultado posible; sobre todo cuando en la escuela tampoco hay una identificación y reacción de apoyo cuando surgen los problemas escolares. Toda esta problemática también va gestando el fenómeno de fracaso escolar en un proceso que, como dicen los propios profesionales de la educación^(122, 123) marcan y estigmatizan hasta la marginación, dándose la pérdida de vínculos y relaciones con el orden escolar establecido. Las expectativas de los profesores en clase son valoraciones, aspiraciones e imágenes que lanzan a los alumnos, quienes terminan interiorizándolas y convirtiéndolas en representaciones que influyen directamente en el autoconcepto, además de académico, global.

La renuncia parental pone de manifiesto la transformación de la familia, el significado de los hijos para los padres⁽¹²⁴⁻¹³²⁾ y para las madres^(124, 128-131, 133-136), tanto como el de los padres para los hijos^(126, 128-130), la interpretación de la crianza, la perspectiva de género dentro de la familia y la transmisión que se hace a los hijos. Supone la confrontación de modelos enfrentados así como la mezcla de distintas composiciones y estructuras. Es una de las patas que soporta claramente la dependencia de los hijos y su proceso de emancipación.

Los sentimientos de ausencias y la soledad aquí conceptualizados se puede asemejar con el surgido durante las pérdidas. Con ellas se provoca también sufrimiento por la ausencia del ser querido, por cuanto se lleva a la tumba, por la soledad acompañante que deja y por la añoranza que provoca. En el recuerdo de los adolescentes con trastorno de conducta, a pesar de no existir pérdida (a veces los padres están), sin embargo no los sienten próximos, acompañantes o presentes. Este rasgo es el que hace similar la pérdida con el abandono.

Se empiezan a convencer de que, hagan lo que hagan no van a conseguir la atención, guía y supervisión de sus padres. Esta ‘dificultad’ se constituye en su mayor convencimiento sobre el descontrol sobre el entorno más inmediato. Es su gran dificultad. También es su intensa frustración.

Esto orienta a entender la frustración y la incontrolabilidad de su realidad más inmediata, como elementos para formar una atribución interna estable. Esto es, los niños se dan una explicación y la pintan del color de un sentimiento desagradable, en el que hay tristeza, inseguridad, desesperación, que van haciéndola estable. Se constituye en una idea fuerza, una estrategia de pensamiento, con la que se convencer de “*yo no soy capaz de ...*”. Esta estrategias cierra el círculo al mantener de forma persistente la frustración, y con ella, los deseos de abandono de cualquier esfuerzo, la falta de autoconfianza que les llevará incluso a hacer peor las cosas, al uso testarudo de estrategias cognitivas inadecuadas y erróneas.

Esta idea fuerza con la que los niños inician su andadura por la vida, la infancia que les ha tocado vivir, se puede explicar desde la teoría de la indefensión aprendida de Selligman⁽¹³⁷⁾, o desde el modelo de autoeficacia de Bandura⁽¹³⁸⁾. La teoría de la indefensión afirma la falta de control del entorno a partir de experimentar consecuencias que no guardan relación con la conducta realizada. Con ello se desarrollan expectativas incontrolabilidad futura, o expectativas de baja autoeficacia, por la misma falta de relación entre consecuencias y actuaciones. Esto desencadena déficits a nivel motivacional, cognitivo y emocional. De hecho, en la siguiente categoría explico el desarrollo de la mayor vulnerabilidad que han destacado los adolescentes con trastorno de conducta en la narración de sus vivencias, y cómo con ella demuestran su falta de control, su impotencia y su sumisión inicial. Pero no se quedan ahí.

4.2.2. VULNERABILIDAD

Puede resultar curioso que el TC marcado por su impulsividad y agresividad, en algunos esconda o sea la reacción de la vulnerabilidad a partir del acoso sufrido en el colegio o entre los pares. En el colegio suelen ser la diana de las burlas, los golpes o las bromas pesadas de los compañeros más avisados.

“S. ¿Cómo te llevas con la gente del cole?”

R. Mal

S. ¿y eso?

R. Me llaman bicho, para fastidiarme. Paso de ellos. Y me dicen voy a llamar a la perrera para que te metan ahí. “Si ya para que te metan a ti no?” “si, si, si llama, llama a lo mejor llamo yo para que te metan a ti a la perrera”. También son cosas un poco de críos yo lo veo un poco infantil. Yo le digo, porque tiene dieciséis años “sabes que tienes la mentalidad de mi hermana de nueve años; es que ni de nueve, de uno y medio tío. A ver tú eres tonto o que no tienes ni mentalidad”. Son infantiles están todo el día pegándose en clase jugando a peleas, sí, como mi hermano, son como mi hermano el pequeño.” (Rosa)

La vulnerabilidad surge como consecuencia de las ausencias y la soledad (o la sobreprotección), de no haber aprendido a defenderse. Se define, según se desprende de las palabras de los adolescentes, como la sensación de minusvalía o indefensión para afrontar situaciones distintas, en comparación con los demás de su misma edad.

“Imagínate que no tienes padres y a un niño pequeño quien les va ayudar más ¿sus abuelos o sus padres? Pues una persona que tenga un padre pues le va ayudar más al hijo; pues el tema de amigos, tema de chicas; el tema de las escuelas y unos abuelos, pues como no han vivido lo mismo que los padres, pues saben menos de la escuela, del euskera. [Los

padres] han salido hace cinco, siete años. Mis abuelos antes cuando estaban estudiando no lo sabían. Ese ese es el tema, pues lo suspendería y tengo tres asignaturas pues inglés; antes solo había lengua y mate y poco más.” (Adolfo, 14 años)

La falta de unas referencias claras de los adultos, establecidas durante el proceso de vinculación afectiva, les hace más vulnerables e indefensos. Están obligados a poner mayor esfuerzo por la deficiencia en el proceso de vinculación.

A su vez, la vulnerabilidad se explica y estructura en dos subcategorías que se presentan a continuación. Son el *aprendizaje de la impotencia* y la *sumisión al abuso* respecto a la inutilidad de las acciones practicadas a la hora de resolver o afrontar los problemas.

4.2.2.1. APRENDIZAJE DE LA IMPOTENCIA

En esta vulnerabilidad hay un *aprendizaje de la impotencia* ante situaciones complejas que requieren atención y una conjunción de alternativas posibles para su solución. Es frecuente que la gravedad del problema, unido a la ausencia o insuficiencia de estrategias, ponga en marcha las reacciones de angustia o pánico, lo que condicionan aún más la sensación de vulnerabilidad.

“Pues cuando caía así con ataques de pánico, de ansiedad, que no sabía lo que me pasaba, yo pensaba que me iba a morir, bah no sabía; bah, tenía mil ideas en la cabeza.” (Mimosa, 22 años)

Suelen movilizar *estrategias inoperantes* respecto a la solución posible en las diferentes situaciones planteadas, como he dicho anteriormente. Como puede ser el abuso de alcohol, consumo de otras drogas o los atracones de comida, entre otros.

“M. [Cuando estoy angustiada] tiendo a comer y no puedo parar de comer...porque...no sé...es como... para, para que entiendas, ...necesito

comer; como sin parar y... por mucho que coma ... malo lo llevo, no se quita la angustia.

S. ¿Y se soluciona el problema?

M. No, ...lo único que haces es engordar kilos, engordo más jeje.”

(Margarita, 13 años)

“Me tranquiliza y me ayudaba a evadirte de los problemas, de cualquier problema que tengas en tu vida. Si discutía, pues me fumaba un porro; discuto con mi madre, me fumo un porro. No solucionar los problemas, eso no. Ayuda a taparlos. Es la juventud, es lo que hay” (Sabin, 17 años)

Por otro lado, la vulnerabilidad surge también cuando el problema es de otro pero se vive como si fuera propio; es el caso de los padres con adicciones. Llegar a diferenciar, por un lado los deseos de curación afirmando *“me gustaría que mi madre”* (Mimosa, 22 años); y por otro identificar también la complejidad de influir sobre la voluntad ajena *“que lo dejara”* (Mimosa, 22 años); pero aún mucho más identificar la responsabilidad del otro *“ella tampoco es abstinente”* (Mimosa, 22 años), y posteriormente la excusa justificada en la dependencia *“Es dependencia también”* (Mimosa, 22 años). Es decir, entiende pero se lamenta, sabe pero no quiere, conoce pero sufre, en este caso por lo que pueda pasarle a su madre como consecuencia de su adicción y porque sólo cuenta con *soluciones inexistentes* porque no se van a llevar a cabo aunque sea posible hacerlo, o porque la solución no es posible.

“¡Pues que estoy cansada de verla así...y me duele saber que no puedo hacer nada, por ella. Porque no se deja. pfff. Es que la persona que tiene problemas con el alcoholismo... las palabras no pueden ayudarle.”

(Mimosa, 22 años)

Hemos visto cómo el aprendizaje de la impotencia, condiciona más la situación de vulnerabilidad y encuentra estrategias alternativas inoperantes que conducen a la sumisión al abuso.

4.2.2.2. SUMISIÓN AL ABUSO

La vulnerabilidad, asimismo determina una *sumisión al abuso* a la que se llega aceptando situaciones, alejadas del autorrespeto y de una adecuada autoestima. La sumisión al abuso es la situación de impotencia y desprotección que sienten por la desatención y soledad en la que se encuentran. Muchas veces lo han aprendido a partir de lo observado durante los periodos más infantiles de comportamientos negligentes establecidos en las relaciones de los adultos. Varias son las formas de poder adquirirla, como se refleja en las afirmaciones siguientes.

“Jó pues yo le decía a mi madre para que le echara, y mi madre le decía a su pareja, joder que mi hija quiere dormir, que es la habitación de ella. ¡Ah! El otro no le hacía ni puto caso, él defendía a su hijo. O sea, yo, hasta las 5 de la mañana sin poder dormir, y sin tener ninguna intimidad, ¡es mi cuarto! Es donde hago mi vida. Ahí duermo. Ahí me visto, ahí me pongo el pijama, ahí me seco el pelo, ahí me pinto, ahí me hago las cejas, ahí me hago las uñas. Ahí me hago todo. ¡Joder! y para igual equis momentos que no estaba en casa, haber, por mirarme el ordenador. Joder el día para abrir la carpeta de mis archivos recibidos... ¡Bah! abro la carpeta; ¡ostia! Tiene que tener el ordenador más virus, chaval, Mogollón de tías en bolas, en bikini guarrindongas, putongas, mira.... Las borré.” (Mimosa, 22 años)

La vulnerabilidad es mayor cuando los adolescentes ponen en los profesionales con quienes se relacionan esperanzas en que identifiquen las situaciones de desprotección, llegando a interpretarlo como alianzas entre adultos. La siguiente cita muestra esta versión del sufrimiento.

“Pero después, en el siguiente colegio, que fue hasta los doce años que estuve ahí..., los profesores eran imbéciles. Algunos curas eran majos, pero sin más; eran majos de sonreírte y decirte “qué tal y no sé qué” y

nada más. Porque iba fatal vestida, porque iba ridícula, y me cortaba el pelo para que fuese con el pelo así así, y después me ponía la cinta para que fuera. ¡Es que iba ridícula!, parecía la típica para meterse con ella, ¿sabes? Y sucia y con todo. Y no tenía cuadernos, y me dormía en clase. Y los profesores, en vez de preguntarse “¿y por qué esta niña se duerme en clase?” Igual que los vecinos, “por qué esta niña mete ruidos, y por que los gritos por la noche?” “¿Y por qué esta niña se duerme en clase?”; pues no. Los vecinos, que hay ruidos por la noche [gesto imitando a los vecinos quejarse] ... [en una interpretación de lo que hacen los vecinos] “La puta niña, que grita por la noche, y su madre son unas imbéciles que no dejan dormir”. En vez de pensar un poquito ¡Es que son imbéciles? ¿O qué?” (Petunia, 18 años)

Tal alianza es también interpretada cuando los profesionales son vistos como jueces que sancionan y cuestionan sus planteamientos, en lugar de acompañantes comprometidos con las intervenciones necesarias.

“La educadora decía que era agresiva yo. Decía la educadora que no se podían fiar de mí, que era muy agresiva, que igual les mataba un día o algo. ¡Qué hija puta! ¡Es que cuando me ve, agacha la cabeza!, encima. La que decía “hay que mirar a los ojos” sí, sí, a los ojos de la punta del zapato mira ahora. Porque esa educadora sabe que no ha hecho las cosas bien. Porque en vez de solucionar el conflicto familiar, lo que hizo fue empeorarlo. Se alió con la pareja de mi madre y con mi madre.” (Mimosa, 22 años)

La representación mental de los problemas ayuda a cualquier persona a buscar soluciones a partir de estrategias de afrontamiento disponibles o la imaginación de otras. Esto ayuda a incrementarlas a partir de la *reflexión heurística*, entendida como la técnica para indagar y descubrir entre las posibilidades disponibles. Pero para que esto sea posible, es necesaria una seguridad que estos niños no han alcanzado durante una

infancia que no han tenido. Ellos, fundamentados en el miedo-rabia-tristeza sufrido, están colapsados en las posibilidades de búsqueda, en su libertad, sobre todo cuando existen situaciones de *abuso real* que requieren alejamiento del hogar por la desprotección existente y el temor que se sienten al revelar lo que está ocurriendo. Mientras tanto se interpreta la intención, se buscan justificaciones útiles para encontrar una autodefensa eficaz que no merme más la seguridad personal, de por sí muy disminuida.

“S-¿por qué decías mentiras, en lugar de decir la verdad?

P- Porque mi madre..., porque no podía decir la verdad. Tenía miedo. Además que mi madre me decía lo que tenía que decir. Vamos, llego a decir otra cosa...y estoy muerta, y mis amigos también...es que... vamos.” (Petunia, 18 años)

“Joder, le insultaba y todo y montón de veces me he ido donde él para pegarle, con 16 años. Pero al final me paraba. Sólo le pegué una vez que me pegó él a mí. Que vino la ertzaina y de la misma me ingresaron en el hospital.” (Mimosa, 22 años)

En definitiva, aprenden a defenderse a partir de reconocer que se encuentran con sus únicas fuerzas y nadie les va a dar el apoyo que ellos quieren. La mayoría de las veces, a partir de esta situación de sumisión, utilizan la agresividad como medida defensiva, para defenderse de un entorno que resulta hostil para ellos.

Su *pensamiento* está más restringido y por lo tanto es *menos operativo*. Esta puede ser también una de las razones de su fracaso escolar, que nada tiene que ver con la capacidad intelectual inicial o potencial. Ante dificultades tales como la frustración, las actualizaciones de recuerdos dolorosos, el bloqueo cognitivo por la emoción, constriñe aún más la capacidad de entendimiento y la lectura del entorno se hace en términos de defensa y ataque. El sufrimiento se reajusta.

“Yo tenía mi pensamiento; yo quiero que sea mi pensamiento.” (Adolfo, 14 años)

“Es que cuando tienes 3 años eres pequeño ¿no? pues yo, iban pasando los años, y yo me había quedado estancada en...en pequeña, por ejemplo, y claro iban pasando los años, los años, tenía 10, y seguía estancada en edades inferiores. Y así es como que...no has vivido tu niñez, y estás en un momento todavía en niñez.” (Mimosa, 22 años)

En este sentido los *bloqueos emocionales* y la *falta de entendimiento* por la angustia y ansiedad disimulada, le hacen demostrar grandes dificultades a la hora de expresarse. Es como si no encontraran palabras para poder expresar lo que están sintiendo (Memo Sabin, 17 años).

En el colegio, a veces los profesores tampoco resuelven gran cosa en este sentido; sobre todo cuando surgen conflictos y es necesario afrontar problemas, tomar partido, hablar con los padres, reclamar responsabilidades. En definitiva solucionar conflictos.

“S. ¿y por qué te decían que eres borroka¹⁷?”

J. Pues no sé, pues porque iba con los Ternua¹⁸ y todo eso, por el corte del pelo (afeitado por los lados y pelo por el medio, estilo indios navajos)

S. O sea, borroka, patada en la boca y ¿te pegaban?

J. No me pegaban, pero luego una vez me quemaron aquí la chaqueta con mechero y ya les dije a los profesores que me habían quemado la chaqueta, y yo no vengo aquí a que me quemen la chaqueta. Y tomaron medidas y eso, y al principio, como que me iba a pagar la chaqueta. Pero luego la madre dijo que no, que no la iba a pagar, que no sé qué, y al final se quedó así.

S. Y esto así, sin más ni más?

¹⁷ Borroka: Término en euskera que significa luchador o guerrero

¹⁸ Ternua: Se refiere a la marca de la ropa que utiliza, conocida entre los montañeros

J. Y así, sin más ni más. Sin más ni más. Estaban jugando entre ellos y yo, que jueguen lo que quieran mientras no se metan conmigo. Y vino y no me enteré, que estaba mirando una cosa y me quemaron a escondidas

S. Qué les dijiste?

J. No... nada, me callé la boca.” (Jacinto, 16 años)

Otra vez desprotegidos, vulnerables, obligados a abandonar el centro, a padecer el acoso o sin más defensa que sus propios recursos, pelearse o recurrir a alguna treta. O por el contrario, que los propios profesores muestren su desbordamiento cuando las conductas son difíciles. Lo más lógico es que deje de gustarles ir al colegio, de por sí ya poco atractivo.

“R. [Se refiere a la vez que lloró en el cole] es que no me pasaba nada, me ponía a llorar y así me mandaban a casa

S. ¡Ah! O sea que era como una treta

R. Y a veces no me mandaban, ¿sabes? y me hacía la enferma y me mandaban. ¡Jó es que... tantas horas en el colegio no puedo estar!”

(Rosa)

“Hace un año que, pufpppppp era muy maloso. Muy maloso, Bueno pues que las profesoras que me lloraban en clase, se iban al psicólogo, me arrepiento mucho.” (Diego, 13 años)

El concepto que tienen de sí mismos queda demostrado en el “*maloso*”, como figura irreconducible, el peor. Ahora ya tiene identidad y puede seguir avanzando. En cierta forma esta imagen les aporta la seguridad necesaria para poderse enfrentar a los problemas de otra forma. A partir de aquí podrán aprender otras formas de abordar a los iguales e interaccionar con ellos.

He explicado la vulnerabilidad que tienen ante los demás y ante las distintas situaciones. Se muestran indefensos, para defenderse, tanto como para solucionar los problemas que surgen. Así se convierten en el blanco de las burlas de sus compañeros de colegio o de

la calle. Inicialmente se sienten impotentes y se mantienen sumisos ante el abuso, pero esto les hace elaborar poco a poco hostilidad hacia los demás, hasta que empiezan a defenderse a golpes, con agresividad. Sin embargo esta defensa no resulta eficaz. Las soluciones ideadas muestran su minusvalía.

4.2.3. SALIDA RÁPIDA DE LA INFANCIA

Se inicia la salida prematura de la infancia hacia la adolescencia, siendo los 10 ó 12 años el periodo de inflexión. Se ven obligados a evolucionar y valerse por sí mismos más rápidamente. Ante la ausencia de las figuras directrices, la toma de decisiones la hacen ellos mismos, con sus propios recursos. A través de la experimentación se ven abocados a continuar y sobrevivir cuando los adultos referentes no están o están ocupados en otras cosas. Es una forma de mantener o incrementar su autoestima. Es la consecuencia lógica de la situación que les ha tocado vivir.

A veces se considera el desarrollo como un todo de cuanto le ocurre a una persona durante su vida. Está relacionado con las experiencias que le han tocado vivir. Y no son las mismas para todos. A la hora de establecer la uniformidad de las etapas para normalizarlas, dejar de ver la idiosincrasia de cada persona, supone rechazar la individualidad. Con ello se dejan de ver muchas situaciones y muchos problemas potenciales. Así, hablar de la “rebeldía adolescente” para designar una época crítica, de crecimiento y crisis existencial, pero sin mayor trascendencia a la hora de observarla. Sin embargo la “*rebeldía adolescente*” parece esconder “algo más”. A veces “mucho más”. Todo un mundo de vivencias y experiencias que marcan la evolución del desarrollo.

“D: No se es por no se a veces me despierto enfadado y me cabreo con el mundo y ese día entero, entero, entero estoy a muy malas

S: Y sabes que ha pasado para que te despiertes mal

D: No, sin más tengo mis puntos.” (Diego, 13 años)

La salida rápida de la infancia está constituida por dos categorías: la autoafirmación, como necesidad de buscar, encontrar, tener y reconocerse en una identidad. Por otro lado, la categoría denominada *prisioneros en su edad*, la explico más abajo, representa la sensación que tienen de saber más y ser más maduros que sus pares y adultos. Refleja la necesidad de aprender a ser independientes a partir de un momento que se han sentido solos y necesitaban compañía de algún progenitor. Lo han pasado mal y han aprendido a aprender. Esto les da mucha independencia.

4.2.3.1. AUTOAFIRMACIÓN

En este momento es necesario establecer su *autoafirmación* en su manera de funcionar; lo hacen de distintas maneras. En la *autoafirmación* hay una serie de expresiones. Su importancia radica en que con ellas se definen y adquieren una identidad concreta. Por ejemplo, diferenciarse de los demás subrayando la especificidad de su nombre, defendiendo que “*mi nombre se escribe con dos eles*” (Valeria, 17 años). O a través de la utilización de expresiones demostrativas de su contundencia, tales como “*Sin más*” (Diego, 13 años) o “*y ya está*” (Sabin, 17 años) para cerrar conversaciones; otras como “*Yo siempre digo que*” (Adolfo, 14 años) para insistir en la existencia de criterio propio. La utilización del “*me gusta*” o “*no me gusta*” (Margarita, 13 años), para sancionar sus juicios de valor. Tales expresiones les ayuda a encontrar identidad.

La forma de reclamar su independencia, asentar su autoafirmación, subrayar la adaptación a la soledad y la reivindicación del “*Yo misma*” (Amapola, 16 años) como auténtica identidad del propio comportamiento y reconocimiento del propio ser o la propia personalidad viene marcada por la necesidad de autoafirmación para no romperse en el ‘no ser’, les hace buscar su independencia¹⁹. Es decir, el momento de la ruptura con lo aprendido para empezar a buscar argumentos propios, con argumentos propios.

¹⁹ RAE: Cualidad o condición de ser independiente; es decir, sostener sus derechos u opiniones sin admitir la intervención de otros, así como la entereza y firmeza de carácter.

“S.- Con 10 años empezaste a tener estos cabreos, pero...¿qué pasaba para que tuvieses estos cabreos?

M.- Pues lo mismo. Que mi madre me intentaba poner las correas y ya era mogollón demasiado tarde, ya tenía 10 años, ya no tenía 7

S.- Pero con siete años tu madre ve algo raro y te lleva al psicólogo ¿qué ve raro para que te lleve al psicólogo? ¿Qué te pasaba?

M- Pues que me notaba incómoda. Y es normal. Ahí empecé yo a notar por dentro que tenía un lado que, no, que lo quería dejar apartado. Y hasta los 10 años me fue bien, pero a los 10 años, mi lado salvaje dijo “¡que no!”. Al ataque, jaaj que no quiero, no quiero estar escondido. Ya empezó a formar parte de mí.” (Margarita, 13 años)

Muchos de estos adolescentes van a *buscar el respeto* utilizando *las peleas* para trabajar y terminar elaborando el autorrespeto necesario para mantener su autoestima. Estas peleas pueden ser en forma de agresividad física como lo expresa uno de los adolescentes. Pero también forma parte de su identidad.

“Por el respeto, que yo antes de ese año tuve un año en el que me quisieron pegar tal, y que vinieron un montón de tíos que me quisieron pegar, que me metieron un pedazo de liebre y dije —mira estoy hasta los huevos; cojo y les planto cara—. ” (Diego, 13 años)

“Me tenía que pegar con ellos, porque me ponían la mano encima a mi no me pone la mano encima ni chusta y menos un chico Él me da y el que da recibe; pues yo también. No me iba a dejar pegar.” (Valeria, 17 años)

O puede terminar en forma de agresividad verbal como lo expresa este otro.

“Pues, haciendo caso a mi corazón, yo siempre he sido como, como si fuera un animal salvaje, nunca, mis padres nunca me han... es como no me han puesto correas, no me han intentado amaestrar. Solo me han

enseñado a respetar a la gente y poco más, lo típico de la educación. Pero aquí que me intenten educar de la misma forma que mis padres, pues eso ya lo tengo, pero que ya no soporto que me intenten domar.”
(Margarita, 13 años)

Las *peleas* físicas o verbales, se utilizan para dejar de sentirse menos que los demás, para demostrar su valía. Se ven obligados a devolver el golpe, o la réplica verbal, aunque no sea efectivo porque no hacerlo se interpreta como cobardía. Es necesario enfrentarse y plantar cara para demostrar la intención de defenderse, para marcar el territorio del propio cuerpo como inviolable o inabordable para los demás. Incluso cuando los abordajes son verbales, suelen expresarlo como “*déjame en paz*”.

“De todas maneras aunque me hayan roto la cara mientras yo le haya dado, le haya pellizcado, ya me siento yo orgulloso, porque también he dado.” (Diego, 13 años)

“Me cabreaba conmigo misma, mi madre se metía, y... cuando se metía mi madre, ya me cabreaba más. Porque no quería meterla a ella en... mis problemas y le decía a mi madre...” *¡déjame un poco en paz, déjame un poco en paz!”* y mi madre, pues, mi madre es terca, como yo.”
(Margarita, 13 años)

Sin embargo, esto es parte de un proceso hasta que llegan a darse cuenta en sus propias palabras que “*Nadie puede obligarte a hacer lo que no quieres*” (Mimosa, 22 años). Este es el sentido del respeto buscado, el encuentro del autorrespeto. Aunque también reconocen la necesidad de fortalecerse ante la influencia de otras personas.

“Y cuando vienen a buscarte, que le den por el saco. Hombre, intentar pasar de él, aunque si es una persona que te come la cabeza, lo llevas mal.” (Mimosa, 22 años)

Llegan, o llegarán, a darse cuenta de la necesidad de los otros para reconocer, su debilidad. Pero también su potencial fortaleza personal cuando ejercen el poder de la autoestima. Sin embargo, aún son muy jóvenes y, tal como explico a continuación, están prisioneros en su edad.

4.2.3.2. PRISIONEROS EN SU EDAD

Muchas veces se encuentran *prisioneros en su edad* y en su condición, obligados a estudiar uniformemente, sin que sus necesidades o capacidades sean reconocidas y menos fomentadas. Muchos de estos chavales quieren dejar de estudiar muy rápidamente, prefieren trabajar, pero surge la dificultad de no tener formación; su objetivo es conseguir dinero y piensan que esta es la forma más rápida de ganarlo. Le gusta algo, pero hacen otras cosas con más reconocimiento o cabida en determinados centros. Estos suelen estar alejados de su domicilio, viéndose obligados a invertir mucho tiempo en los viajes permaneciendo de nuevo solos. Por otro lado, son conscientes de las dificultades laborales existentes y consideran que su falta de formación es una gran barrera para encontrar el trabajo que les liberará de la atadura de ir al colegio, de ser considerado dependiente de la familia, de tener disponibilidad de dinero y utilizarlo para lo que ellos quieren.

“No he conseguido nada, me gusta la mecánica, pero estoy haciendo soldadura; no tengo nada yo... no puedo decir que tengo una carrera o he conseguido una carrera, o he conseguido tener un trabajo. La carrera no lo voy a hacer; el trabajo estoy en ello.” (Sabin, 17 años)

“Empecé a fumar porque me aburría en clase, no quería estar y tenía que estar obligatoriamente tenía que estar, y para hacer mejor el tiempo, que se me pase más rápido...pues empecé. Los porros me dejaban tranquilo... Yo estaba en clase...y la primera, las tres cuatro primeras horas igual puedo aguantar, pero ya la quinta...o la sexta, dices “es que ya no puedo estar aquí y empiezas no solo a molestar. Empiezas a que...”

por no estar en clase, haces algo para que te manden a la calle... haces noséqué²⁰ para que te echen afuera, noséqué y tal.” (Jacinto, 16 años)

Por otro lado, esta salida rápida de la infancia supone una entrada también rápida en las conductas imitativas de la vida de los adultos, en un intento de probar su capacidad para llevarlas a cabo, a pesar de su escasa edad. Lo más común es *retar para demostrar su valía* o incluso demostrar que puedo más, en una especie de competición para mantener con ello su autoestima.

“El caso es que se me puso junto y me picó. Lo puso él a 120 y me picó y me dije, qué cojones no sólo le sigo sino que lo pongo a 170. Y cogió y me hizo así con las largas, se agachó al suelo y puso una sirena arriba. Y dije ¡mecagüendios, es secreta!. Y sin más. [Risas]. Hubo un momento en que me tuve que parar. Dije, “para a un lado”, no llevaba drogas ni nada así que dije mira la multa que sea y pista.” (Cosmo, 17 años)

Siguen *buscando el respeto* en un recorrido que pretende ser el argumento para justificar su sensación de malestar e intensa irritabilidad incomprensida, sin causa aparente que les obliga a manifestar la agresividad ante ‘cualquier provocación’. No se dan cuenta que la provocación está en su propio malestar, en el círculo vicioso que surge de las preguntas centrales.

“¿Por qué estoy solo?” (Adolfo, 14 años)

“¿Por qué no me quieren?” (Valeria, 17 años)

O de convencimientos sobre la marcha de la propia vida *“todo va mal”* (Diego, 13 años), que también lo recuerdan en algún momento como frío.

²⁰ “Noséqué”. Coletilla que utilizan para resumir un argumento que se va alargando, o cuando no recuerdan el ejemplo concreto. Términos similares pueden ser “nosécuántos” y otros por el estilo.

“Y luego encima que esté castigado y que haya pasado algo a cualquiera de mi familia. Entonces ya sí que buahhh, un asco de día. Y ya encima que lloviese; bueno no odio tanto que llueva. Odio más que haga frío... Y eso es lo peor del mundo si hace frío.” (Diego, 13 años)

Fuentes y Bernedo ponen de manifiesto el lastre del estilo de crianza autoritario⁽¹³⁹⁾. Cuando los adolescentes lo perciben como de falta de apoyo parental y falta o escasez en la demostración de afecto, que se podría extender a las relaciones con los maestros, resultan en mayores problemas de conducta, consumos excesivos de distintas sustancias ilegales, baja autoestima y malestar psicológico. Es decir, esos factores hacen que los adolescentes no se sientan queridos ni aceptados, determinando la existencia de un sufrimiento acumulado a lo largo de su vida, una vida caracterizada por la dureza de las experiencias afrontadas.

Todo lo hasta aquí expuesto pone de manifiesto la importancia de demostrar a niños y adolescentes, tanto el interés como el afecto, para que se sientan queridos en lugar de excluidos. En este sentido, lo expresa muy bien Don Bosco en la siguiente frase:

“No basta amar a los niños; es preciso que ellos se den cuenta que son amados.” (Don Bosco)

Se ven obligados a evolucionar rápidamente para valerse por sí mismos, además de decidir lo que quieren. Se ven obligados a hacer cosas que no quieren, como estudiar algo antes de empezar a trabajar y esto no les gusta porque no lo han decidido ellos. Se muestran confusos o perdidos y necesitan buscar su identidad, y autoafirmarse, en un momento en que las cosas no son fáciles. La autoafirmación les ayuda a adaptarse a su situación y a su sufrimiento. La forma elegida es la agresividad. Los otros son rivales a derribar. Con las peleas se igualan a los demás. Quieren seguir haciendo lo que han hecho siempre, decidir solos. Cuando la decisión no la pueden tomar, se encuentran prisioneros en su edad. Esta situación les desagrada, se sienten injustamente tratados en ella, porque piensan que pueden hacer lo mismo que los adultos, en línea de lo que siempre han hecho.

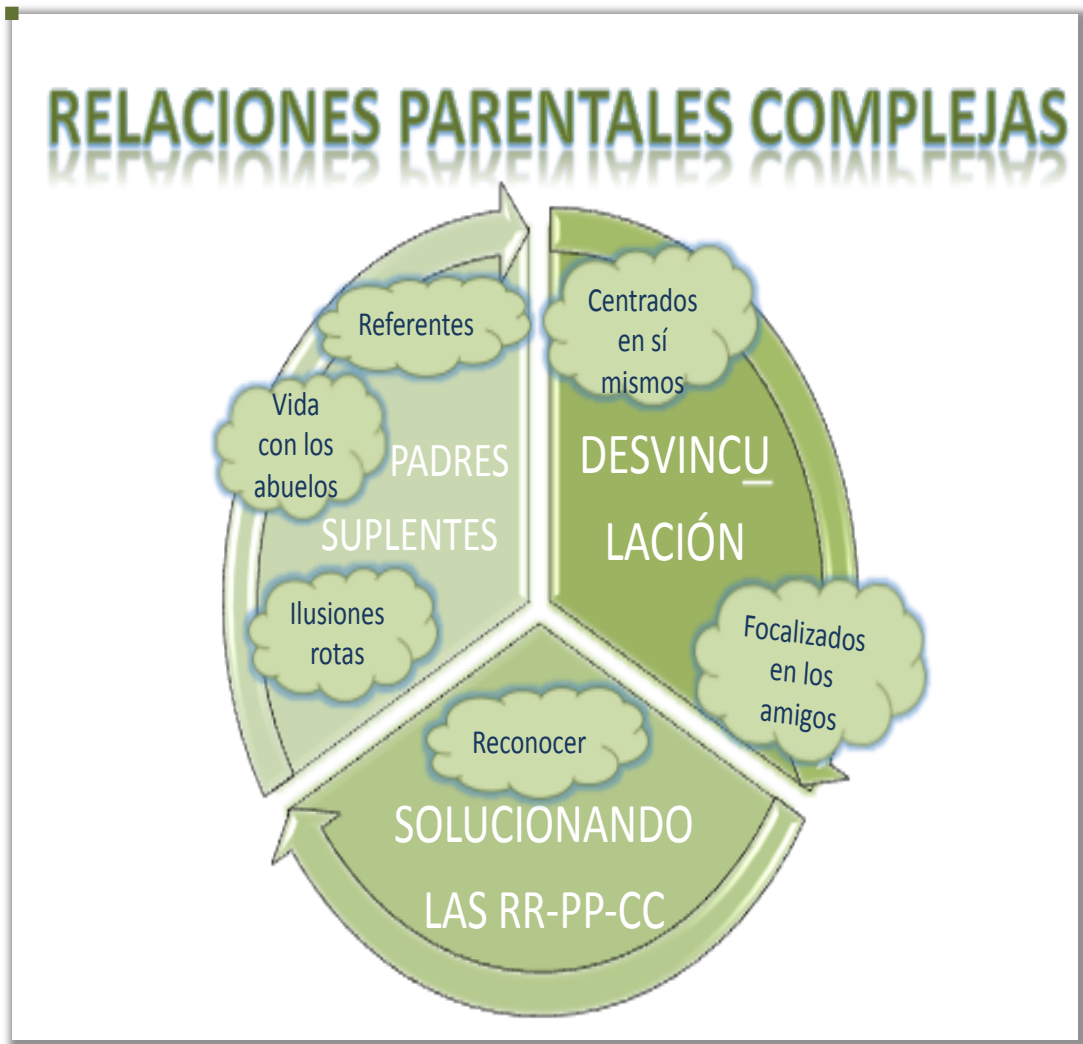
A partir de esta primera categoría y en base a ella, surge la evolución hacia la adolescencia en la que están inmersos, como si empezase una carrera de fondo y este momento fuera el pistoletazo de salida. Su proceso de crecimiento resulta más complejo. En él, el enfrentamiento con los padres es una realidad patente. Les rechazan abiertamente e intentan oponerse o negarse a todo cuanto ellos plantean. Lo vemos en el siguiente capítulo.

4.3. RELACIONES PARENTALES COMPLEJAS

Hablar de infancia ausente es el punto de partida para cuestionarse los entornos familiares en los que sucede el fenómeno del sufrimiento. Puede parecer que este fenómeno sólo es posible en los hogares más desestructurados, con padres y madres irresponsables, infantiles o enfermos. Sin embargo, no siempre es así. O por lo menos cuando consideramos las distintas necesidades, características e implicaciones de los padres y madres a la luz de las exigencias sociales, que es lo que marca las características de las familias. Incluso de la familia, como institución social sobre la que se organiza la sociedad. Lo cierto es que, cuando llegan a los servicios de protección al menor o de salud, todos ellos son padres y madres desbordados-as por las exigencias emocionales de sus hijos.

El proceso de las relaciones familiares en los adolescentes con TC, es similar al de cualquier familia. Las diferencias son de grado y están en la calidad de las relaciones, en la responsabilidad de los padres, en el formato de expresión afectiva y en la forma de enseñar a los hijos a pensar. Preguntando a los datos por *Cómo son las relaciones familiares de los adolescentes con TC? Cómo les gustaría que fueran? Y cómo han establecido vínculos con sus referentes afectivos?* Emergió la segunda categoría principal que da el título al encabezamiento de este apartado, en el que se explica. A partir de ella han emergido tres subcategorías: Padres suplentes, Desvinculándose y Solucionando las relaciones parentales complejas (RR-PP-CC). Corresponden al progreso del establecimiento de las relaciones familiares y coinciden con los momentos críticos de cambios vitales de los adolescentes: infancia, adolescencia y juventud temprana. Pero las diferentes categorías no se establecen como si de etapas se trataran. Es la demostración de las diferencias que se van dando a través de los cambios paulatinos y progresivos. Marcan una continuidad lógica en su funcionamiento. Las tres subcategorías quedan representadas gráficamente en el siguiente diagrama, señalado como Figura 4.

Figura 4. Relaciones parentales complejas (RR-PP-CC)



4.3.1. PADRES SUPLENTE

Aparecen en la etapa de la infancia, una infancia que se caracteriza por la renuncia con desatención y añoranza. Es la presencia de otras personas distintas a los padres, las cuales sustituyen, o refuerzan, la atención y el cuidado de los niños. Ante los padres ausentes, surgen los padres suplentes. Son los sustitutos de los padres biológicos, precisamente por la dependencia natural del “cachorro humano”. Las normas de convivencia social son difíciles de aprender, máxime cuando la inmadurez es tanta, por parte de los niños-as, y también mucha, por parte de los referentes muchas veces.

Las tías y las abuelas son las figuras que se ocupan habitualmente de los niños, cuando hay dificultades de cualquier tipo. Serían los padres sustitutos, encargados del cuidado en el amplio sentido de la palabra. Son los referentes afectivos más próximos que se han relacionado con ellos durante la infancia. A veces también los hermanos y hermanas realizan parte de esta tarea.

Cuando existen hermanas o hermanos mayores, la forma de relacionarse con ellas-os es a través de la admiración. En ellos-as se fijan para aprender, imitándoles en todo cuanto hacen. Es decir, los mayores son los modelos de los menores, como lo demuestra la cita.

“C. [Mi hermano mayor] pues para mí es como mi apoyo, mi... Porque siempre hablo con él también, y siempre que quiero algo, o algo, hablo con él también.

S. ¿Siempre que quieres algo de qué?

C. De si estoy preocupada o algo, voy donde él o si me tiene que dar un consejo o algo, hablo con él. Siempre estoy con él. Y si no le veo pues, le echo de menos

S. ¿Le quieres?

C. Sí

S. ¿Y se lo dices?

C. No

S. ¿Te da vergüenza?

C. No, no expreso mis sentimientos.” (Camelia, 16 años)

La ausencia de la referencia de los padres resulta en volverse a buscar la referencia en los hermanos. Aunque a veces también ellos resulten ser modelos inadecuados.

“Llamo a mi hermana la mediana que vive aquí en Plentzia, al lado de mi casa, y le digo: —Lule que me estoy muriendo, que me he fumado un porro y me estoy muriendo—. —¿Pero qué dices? —. —Que sí, que sí—. No le dije a mi hermana

que había sido con el punki este de mi barrio, ni nada. Jó vino a buscarme mi hermana por el camino, jajaja iba amarilla entera, los ojos mogollón de brillantes como platos. Iba muy jodida.” (Mimosa, 22 años)

Por esta razón es tan importante, la conducta de los mayores pues la imitación es una realidad, sobre todo cuando las conductas son más experimentales. Un modelo de consumo, organización de vida, transgresión e inadecuación. La imitación es la forma de perpetuar o erradicar el TC.

“Y sigue poniendo, y pone otra y pone otra, al final fuimos al baño y nos fumamos un chino de farlopa. Al final ya acabé intoxicada; ya no quería otra pista.” (Mimosa, 22 años)

“Mi hermana la mediana ahora está más formal, se ha formalizado, está todo el día en actividad cuida de su hijo, trabaja y estudia.” (Mimosa, 22 años)

“S. Para ti quienes han sido tus figuras de autoridad?

L. [Se ríe de la pregunta por lo que va a contestar] La policía [continúa riéndose un rato más]

S. ¿Y más cercano?

L. Mi hermano, mi hermano mediano

S. ¿Más que tus padres?

L. Más que mis padres.” (Laurel, 18 años)

Los hermanos son también utilizados por los padres para que los mayores cuiden de los pequeños, sin considerar la excesiva responsabilidad impuesta, la ausencia de guías de los adultos y las diferentes necesidades de los más mayores, que en función de la edad, tendrán difícil la ocupación del cuidado entre niños.

“No le hacía caso, ni a mi madre ni a mis hermanas ni a nadie.” (Mimosa, 22 años)

“Hay veces que yo le digo ¡limpia tú! O ¡quédate con tu hijo! Vale yo a mi hermano me lo quedo ¿sabes? Y en realidad me lo quedo, y me da igual quedármelo. A veces sí me jode porque estoy con unos colegas y dice... — Quédate al niño—. Y le digo, — soy egoísta eh? de verdad, ¡cría a tu hijo que lo has tenido tú! —” (Amapola, 16 años)

Cuando la diferencia de edad entre hermanos es grande, la posibilidad de los mayores de responsabilizarse del cuidado de los más pequeños, es también una alternativa que los mayores consideran y reflexionan. Suelen reproducirse los roles familiares de género vividos, generalmente cuando son chicos, copian y continúan el rol de proveedor económico más que el de cuidador. Y si son chicas, cuidan, atienden y educan.

“Sa. Si tendría, si se morirían mis padres y me quedaría ahora en la calle me buscaría la vida, para mí y mi hermana (...) Cuidarla, no; buscaría dinero, lo conseguiría y buscaría. Yo ya vería como podría cuidarla ¿entiendes? Porque yo no sé cuidar a una niña. Yo no sé cuidarla ¡¿Cómo la cuido yo?! No. Se iría con su abuela. Pero la alimentaría yo, o lo que sería. Iría a verla y mantendría el contacto con ella. Sí, pero tengo que tenerla a distancia también a mi hermana. Cerca me cansa muy rápido, porque no hace más que tocarme los huevos. Es una pesada. Con cualquier también chiquillada, pero a mí me saca de quicio. Me sacan de quicio las chiquilladas.

Su. A lo mejor quiere jugar contigo.

Sa. ¡No quiere jugar conmigo, no quiere jugar!. Lo hace por tocarme los huevos. Por fastidiar, o por lo que sea, pues no, ¿sabes? Que me da lo mismo, que paso de ella también. [Se va enfadando cada vez más]

Su. Y qué haces para pasar de ella?

Sa. Pues pasar de ella ¿sabes? ¡Que me deje en paz! Ni la contesto, porque si la contesto la tenemos. No. No discuto, joe, yo con ella no. Es pequeña

[La distancia entre ellos es mucha: porque es niña, porque es pequeña, porque le llama la atención cómo hacen sus padres].” (Sabin, 17 años)

“Mi hermana pequeña no, vive con mi abuela y mi hermano sigue con ella, pero dice que está bien porque es el único que está en casa, él y ella. Y que van a alquilar pelis, que le compra a mi hermano, la verdad que le cuida bien a mi hermano. Es al único que le ha cuidado bien. Mira ahí le doy la razón. Es que le daría las gracias el día de mañana yo cuando me vaya a vivir con ellos. Porque yo le he dicho —mama, a mi me da igual que estés muerta—. Se lo he dicho así, —que yo a mis hermanos me los voy a llevar conmigo el día de mañana—. (Rosa)

Así muchas veces, la referencia de los hermanos es la única de personas afectivamente próximas. En ellos buscan ayuda y apoyo cuando lo necesitan. Generalmente de ellas se esperan conductas modélicas, de trabajo, apoyo, esfuerzo y superación, con las que moldear la conducta de los distintos integrantes de la fratria. En el caso de los adolescentes diagnosticados de TC, lo esperado muchas veces es inexistente, porque las hermanas y hermanos, próximos o alejados en edad, están ocupados en su propia vida. Así, se perpetúa el sentimiento de soledad y vulnerabilidad; la reflexión, el análisis, la crítica, vuelven a tener que hacerla solos.

“Yo somos seis, pero de los tres mayores, como que no los tengo la verdad. No los veo ni nada; tampoco me hace falta, para la ayuda que me han dado. Tampoco me hace falta. (...) No sé yo no me acuerdo de que me hayan ayudado, pero las veces que me han venido, a ver paso de ellos. A ver si tendría más relación con ellos, no sé. Si me dicen quieres ir a vivir con ellos? No, no rotundo.” (Rosa)

De nuevo en la afirmación de Rosa se pone de manifiesto la vulnerabilidad que sienten, al subrayar su necesidad de ayuda o apoyo en la vida.

En los padres suplentes surgen tres nuevas subcategorías, muy relacionadas entre sí. Estas son *Referentes*, *La vida con los abuelos* e *Ilusiones rotas*.

4.3.1.1. REFERENTES

Los padres suplentes, además de familiares, pueden serlo las familias de acogida, con las que se pretende reproducir el entorno familiar más adecuado para el desarrollo de un niño o niña. En ellos vuelcan la necesidad infantil de contar con unos padres y la expectativa de normalizar con ellos su vida.

“Esa mujer se iba a quedar mi tutela, mi tía. Ella y Olmo. Olmo se murió hace poco por cáncer de hígado, también por la mala vida. Mi tío Olmo sacó a mi tía de la calle. Mi tía estaba en la calle vendiendo de todo ¿sabes? Y mi tío Olmo la sacó. Y se marcharon juntos ¿sabes? Y, no hacían las cosas en la calle, las hacían en la casa. Y mi tío Olmo ha sido muy bueno, muy bueno, y le he querido mucho. Ha sido como otro padre para mí. Y mi tía Palmira como otra madre, y mi prima siempre me ha tenido mucha tirria por eso. Porque mi tía le pidió la custodia a mi madre. Mi tía le dijo, yo firmo los papeles y me quedo con tu hija. Nadie sabe que es tuya. Pero mi madre no quería.” (Amapola, 16 años)

Las madres no se deshacen de las hijas-os pero delegan la responsabilidad de su cuidado, a su vez, en sus madres o en sus hermanas. Con ello se demuestra la funcionalidad cuidadora del sistema familiar, en lo que a apoyo y ayuda se refiere para sacar adelante la prole. Otra cosa distinta es cómo lo hagan después. La familia es el refugio, la referencia del aprendizaje y el sustento del sistema social. Incluso cuando la familia resulta disfuncional.

Aquí surge nuevamente la diferencia entre razón y emoción. A pesar de sentirse rechazados por sus progenitores, dicen saber que en su familia lo dan todo por ellos. Una forma de mensaje paradójico con el que la confusión incrementa aún más la

inseguridad, con importantes conflicto a la hora de comunicarse⁽¹⁴⁰⁾. Sin embargo, no buscan el refugio en ella cuando se enfadan con sus progenitores. Y cuando lo buscan, no lo terminan de encontrar. Esto es así porque siguen lamentándose de lo que no han tenido en lugar de conformarse y disfrutar de lo que tienen. Es un aprendizaje pendiente.

“Yo creo que en realidad ella, no dejó que Diputación me llevase con diez meses, porque nunca hubiese sabido que ella es mi madre. Es más, yo no me avergüenzo de mi familia ¿eh? Yo estoy muy orgullosa de la familia que tengo. Yo a mi familia no la cambiaría por nada, nunca. Porque sé, que aunque mi madre haya estado donde ha estado, y aunque... mi tía se esté muriendo, mi tío esté en la cárcel, y mi otra tía esté en la cárcel, la otra esté robando, sé que él desde la cárcel, ella desde la cárcel, mi tía robando en una tienda y mi tía muriéndose, me quieren. Y que si a mí me pasa algo se desviven por mí.” (Amapola, 16 años)

Esta forma de comunicación implica distintos tipos de mensajes (minimizar consecuencias, obedecer desobedeciendo, exigencias desmesuradas sin sentido, ignorancia de las capacidades y los valores del adolescente, ...) con tanto sufrimiento implícito que alteran la comunicación y la posibilidad de llegar a acuerdos.

Los padres suplentes, sin embargo, son reconocidos y valorados por los adolescentes como diferentes de lo que son su madre o su padre. Generalmente tienen otras expectativas sobre lo que ha de ser una familia normal.

“Con mi tía me llevo muy bien. Es como mi segunda madre, pero no lo veía como una familia normal” (Camelia, 16 años)

“[Con mi abuelo lo he tenido todo]mi abuelo me ha llevado al parque. No sé, me traía, cuando iba al bar me decía —luego te traigo palomitas o pelotazos—. Y me traía cosas, estaba conmigo. Y mi abuela también. Mi madre tampoco ha estado.” (Amapola, 16 años)

“Siempre he dicho que mis padres son mis abuelos. (...) Lo he dicho y siempre lo diré.” (Adolfo, 14 años)

“Mi madre no ha estado conmigo pero...ha estado mi abuela, ¿sabes? que para..., en parte, es como mi madre.” (Amapola, 16 años)

Por otro lado, cuando han sido los abuelos quienes se ocuparon de cuidar a los niños, estos recuerdan la vida con ellos como tranquila y buena, respecto a los cuidados recibidos y la satisfacción con la convivencia familiar. El recuerdo, sin embargo, lo han adaptado a la experiencia actual y a todo cuanto añoran. Que la vida con los abuelos no era tan buena y tranquila, lo demuestra el hecho de que los abuelos hayan recurrido a la ayuda del servicio de menores.

“Me decían –vas a ir a un hogar–.” (Adolfo, 14 años)

“L. Tuve problemas en el colegio y me aconsejaron ir [al psicólogo] y...estuve yendo una temporada

S. ¿Y por qué tenías problemas? ¿Qué te pasaba?

L. No simplemente era...que era un cafre. No hacía caso, desobedecía...y, como me fue mal un año o dos, ya...en segundo ya me aconsejaron eso, y luego ir a otro colegio.

S. ¿En qué curso te pasó esto?

L. Repitiendo primero, a mediados... de la ESO

S. ¿Qué hacías para ser un cafre?

L. Ehhh...molestar a los alumnos jeje, insultar a algún profesor, a veces...llevarles la contraria...y eso, solamente con hacer eso suficiente

S. ¿Y qué te pasaba para hacer eso?

L. De aburrimiento. Me aburría y no sé hacía un poco el chorra...”
(Laurel, 18 años)

Con el paso del tiempo, cuando la tutela o la guarda y custodia ha sido del servicio de menores, los abuelos y otros adultos de su alrededor, aprecian el cambio de los adolescentes, cuando lo hay, tal y como lo refleja la cita siguiente. Otras veces son ellos los que reconocen la evolución.

“[Me dicen] que estoy cambiando. (...) Me dicen que me porté muy mal pero estoy cambiando mucho. Y me dicen tantas cosas de mi madre...”

(Adolfo, 14 años)

Sin embargo, las discusiones por lo habitual ropa, orden, deberes, etc., introducen de nuevo conflicto en la tranquilidad familiar. Cuando pasan a estar tutelados, los contactos son más limitados. La limitación es una forma de protección para ambos y una forma de romper las codependencias, de disminuir la confianza y familiaridad de poder hacer sin limitaciones.

“[La vida con los abuelos ha ido] Bien hasta (que empezaron un día las broncas y a ponerme la mano encima bien, cuando tenía diez años. Y me echaron con trece.” (Valeria, 17 años)

“[Voy a comer] el fin de semana ultimo al mes y algún día entre semana”.

(Adolfo, 14 años)

“Es como los niños que han estado toda la vida con ellos [los abuelos].” (Adolfo, 14 años)

La manifestación de “*estar con*”, implica la necesaria presencia de un adulto. Pone de manifiesto el tiempo ineludible y necesario que ayuda a:

- conocer y re-conocer al adulto en cuestión
- establecer un vínculo con él
- construir seguridad y confianza
- buscar y encontrar apoyo ante dudas y dificultades
- tener una referencia clara de autoridad que sirva para el control y la supervisión.

Por ejemplo, recurrir a reprender con la mirada, sirve para mantener el control de lo que hacen los hijos con la propia conducta. Es una forma habitual de supervisar, sobre todo a los niños.

“Cuando igual hacía alguna cosa mala, me echaba así una mirada y se acabó. Mi padre, ya con la mirada; de mi padre no me ha hecho falta ni un tortazo ni nada, ni una palabra, o sea, ya con la mirada estaba todo hecho. Sí con la mirada. Tenía una mirada en plan de —eso ha estado mal—.”

(Mimosa, 22 años)

Pero a medida que se van haciendo mayores, es más habitual hablar con el adolescente, empezar a tratarle como adulto al que se le piden responsabilidades y con quien se discuten las alternativas posibles. Es una forma de “Soltar y amarrar”. Implica dar y quitar para enseñar y orientar. Es el feed back dado tras la conducta emitida, cuando el resultado no es lo que se espera. Es una forma natural de hacer las aproximaciones sucesivas. Pone de manifiesto la importancia de la información exterior para orientar el funcionamiento interior, el control del entorno.

“Pocas veces, pocas veces ¿eeh? Igual cuando iba al bar y me vacilaban los clientes y les llamaba ¡cabrón! ¡Hijo puta!; no sé, lo típico que escuchaba cuando estaba en la partida. Él me miraba así en plan de joer una niña de 6 años diciendo eso, ¡madre mía! Jaja.” (Mimosa, 22 años)

Es decir, el paso del tiempo por sí sólo no moviliza procesos. Lo que los moviliza es el transcurso del análisis, la posibilidad de comparar y contrastar las experiencias. Sin ello el avance es más limitado e inseguro. Pero, ¿Qué ocurre cuando estas tácticas no dan resultado? Y aún más ¿por qué no dan resultado?

La rebeldía se manifiesta con quien demuestra laxitud o falta de firmeza. Es también otro aprendizaje diferencial: qué y cómo se puede hacer, con quién y en qué

condiciones. El entorno lo constituyen las personas, las distintas relaciones y las múltiples interacciones que se establecen entre ellas.

“Mi padre cuándo se empieza a enterar que estoy en el mundo de la cocaína cuando me empieza a pillar cocaína, es en primero de bachiller. En 4º de la ESO sólo fumaba mis porros y de vez en cuando. Mi padre me pone distintas condiciones, [pero no las cumplo].” (Cosmo, 17 años)

Por otro lado existe una jerarquía en el poder; se muestra de forma vicaria. El que se muestra poderoso, obtiene respeto. El que se muestra sumiso, obtiene enfrentamiento. En el triángulo relacional Padre-Madre-Hijo se puede ver la manera cómo se relacionan los otros (Padre-Madre) entre sí y así lo imitan. Cuando la imitación es exitosa, se establece un funcionamiento habitual. Modificarlo luego es más difícil.

“Yo, pero a mi padre siempre le he respetado. Yo, con la que siempre rebelde ha sido con mi madre. Porque mi madre me pegaba cuatro gritos, se ponía a chillar, y yo chillaba más; pero no, con mi padre siempre le he tenido respeto.” (Mimosa, 22 años)

Recurrir a argumentos “victimistas”, exprimen su debilidad para obtener beneficios que no les corresponde siguiendo sus planteamientos “adultoides”. O eres autónomo o estás sujeto a la autoridad paterna por ser menor. Pero muchas veces, estos adolescentes se mueven en este vaivén, según les resulte beneficioso o no, es una cosa u otra. Es una forma de mostrar su sumisión al abuso cuando están desbordados por los problemas y no saben o no tienen a quién recurrir.

“Con mi madre es otra historia. Con ella no me entiendo... ¡Me entiendo bien! Quizás mejor que con mi padre. Pero llegamos a puntos muy fuertes, porque los dos somos enfermos psiquiátricos.” (Cosmo, 17 años)

Los referentes marcan la diferencia con los padres auténticos, tal y como he presentado. En el proceso de crecimiento, la carencia del “estar con” de la infancia se asemeja al

“hablar con”, también marcado en la adolescencia por aquella ausencia. Ahora se van a comparar y equiparar con sus padres, generalmente en forma de reto o desafío, diferenciando con quién hablar y de qué cosas.

4.3.1.2. LA VIDA CON LOS ABUELOS

A partir de la idea de los padres suplentes, irrumpe de nuevo, la idea de la vida con los abuelos. Estos son abuelos dedicados a la educación y el cuidado de los nietos. Fundamentalmente son tres las funciones tradicionales que cumplen los abuelos en la vida de los nietos. Proporcionarles afecto; ser sus modelos, a través de las historias relatadas y de las actividades compartidas. Y finalmente, protegerles.

Los abuelos que acogen a sus nietos, mantienen con ellos unas relaciones afectivas diferentes a las que les corresponden por edad y condición, expresada en la frase “doble dependencia”⁽¹⁴¹⁾. Son abuelas-os que ejercen de padres, perdiendo las ventajas de ser abuelas-os. Tienen más exigencia por la responsabilidad de educar al nieto, menor disfrute de la dedicación afectiva y de asueto. Además, esta condición puede llevar a la aparición del estrés acompañante por la sobrecarga por el cuidado⁽¹⁴²⁾. La diferencia entre las ventajas y los perjuicios del cuidado de los nietos está en la obligatoriedad a la que se somete a las-os abuelas-os, pasando de divertirse con los nietos y disfrutar de ellos, a sufrir con la responsabilidad que les toca a los padres y, paralelamente, padecen la pérdida de la condición de abuela-o, destacada en otros lugares⁽¹⁴²⁾.

Los adolescentes en general recuerdan la vida con los abuelos con afecto. De hecho les convierten en sus referentes más importantes. Con/de ellos han aprendido, no han tenido otros adultos que les cuiden. Así lo reflejan las palabras de algunos de las chicas y chicos.

“La que más ha influido en mí, yo creo que mis tres bisabuelos. Pues aparte de mimarme jeje, darme dinero, jeje, aparte de eso, enseñarme a comportarme, lo de a respetar a tus mayores, talytal.” (Margarita, 13 años)

“A mi abuela la trato con respeto.” (Rosa)

Incluso los que ahora viviendo en hogares funcionales, reconocen su labor. También observan los inconvenientes que se dan cuando los chicos y chicas necesitan atención exclusiva, que supera las posibilidades de los abuelos en cuanto a fuerza, conocimiento y tolerancia.

“No el problema no es que me echen de casa; yo siempre he pensado que los abuelos me han cogido sólo para cuidarme y para que esté bien en la vida pero un niño no puede estar con unos abuelos porque ahora las edades nuestras son de hacer muchas rabietas y tonterías así; y aunque tú lo veas así como una tontería tus abuelos lo pasan como más serio que tu, o sea llorando y tonterías así.” (Adolfo, 14 años)

A veces el aparente buen nivel socioeconómico y cultural de las familias, apuntaría a favorecer una dedicación óptima. Sin embargo, a la hora de ver en qué momento los adolescentes se han sentido aislados, o cuál es el motivo de su ‘descarrilamiento’, es importante indagar en esa problemática familiar de la que hablan. Coincide, por lo general, con momentos de dificultades económicas por falta de trabajo, inestabilidad laboral, dedicación exclusiva a la vida laboral y/o profesional en distintos grados y otras exigencias sociales o profesionales. Unido a las otras demandas cotidianas de la vida. Así las cosas, la relación se puede basar en el dinero, con la idea de que no le falte nada material, cuando lo afectivo y relacional está un poco más descubierto, precisamente por la falta de tiempo y dedicación. En los participantes del estudio, tres adolescentes estuvieron cuidados por tías, seis por abuelas y otros seis solos.

Surge como fenómeno moderno, la aparición de los abuelos-niñera o abuelos-canguro. Realizan una actividad, extraordinariamente importante, casi obligatoria y permanente cuando se vuelven indispensables y se convierten en los suplentes del rol de padres, cuando los padres están presentes. Las razones suelen ser las dificultades económicas, la mayor confianza en los cuidados prestados y enfermedad de los padres o las madres.

“Yo le di mi hija a mi madre, cuando tenía 10 meses. Había tenido problemas con la droga cuando era más joven, pero me desenganché. Pude darle de mamar, pero cuando tenía 10 meses volví a tener problemas con las drogas, y tenía miedo de que la Diputación me la quitase. Entonces, se la di a mi madre, que me la cuidase, y que la criase, porque iba a estar más segura y mejor que conmigo.” (Madre de 9)²¹

Las repercusiones de tal relación, se van a dar sobre los niños-as, además de sobre los propios abuelos. La necesidad inicial se convierte en costumbre, superando la apetencia a la imposición, y con ello, el hábito se convierte en rito. Es posible llegar a esclavizarles; de ahí el término generalmente unido al género, síndrome de la abuela esclava, que se mantienen en silencio, cuidando y responsabilizándose de los nietos. Con ello muestran su abnegación, entrega y generosidad; y otras veces la sumisión o el sentirse obligadas a hacerlo, aunque no lo quieran. Los factores que apuntan a tal desempeño son varios:

- El consumismo imperante
- El alargamiento biológico de la vida de las personas y la buena calidad de vida hasta edades avanzadas
- Las mujeres saliendo a trabajar
- Los hombres asumiendo tareas productivas y no compartiendo, o compartiendo aún poco, las reproductivas. Sólo lo hacen cuando son abuelos y, posiblemente, se han superado muchos prejuicios, además de contar con mucho tiempo disponible
- La escasa conciliación laboral-familiar
- El ahorro económico ingente para los jóvenes padres

²¹ Esta conversación la tuvimos mientras pedía a esta madre el consentimiento informado, al explicarle los objetivos del estudio. Se mostró muy comunicativa, con muchas ganas de hablar y autorizando la utilización de la información. Aunque el punto de vista de los padres excede los objetivos del presente estudio, he aprovechado esta cita por lo explicativa que me parece y porque supone un contraste importante de información.

Las características de tales ocupaciones, de cara a los niños son:

- ⇒ Menor supervisión y una mayor laxitud en los límites normativos, justificado y disculpado por los propios chavales.

“S. ¿Y quién iba a las reuniones de padres en el colegio?”

A. Los abuelos. Pero mis abuelos iban si podían, que no tenían coche tampoco. Mis abuelos eran mayores, todavía son mayores, eh?” (Amapola, 16 años)

Además, mayores posibilidades de utilizar las rabietas como formas de conseguir aquello que quieren.

“Antes no pensaba eso yo pensaba venga, como un niño normal que tiene las rabietas con sus padres. Pero no es lo mismo es con sus padres son más jóvenes y pueden aguantar más. No con mis abuelos que se ponen a llorar y les puede pasar algo.” (Adolfo, 14 años)

- ⇒ Niños más caprichosos en apariencia, más inmaduros y con mayores rabietas. Las interacciones pueden ser muy problemáticas, con abordajes ineficaces basados en las amenazas y el miedo, lo cual puede explicar el descontrol rabioso. Para evitarlo, hacen cuanto quieren los niños.

“Yo sé lo que es trabajar hasta tarde, pero para mí, con cinco años era frustrante. Mis primos alucinaban, porque entraban al bar de mi madre, a donde estaba yo haciendo deberes y —chavala, ¿qué haces haciendo deberes a estas horas? —. Y yo, —si te refieres a estar casi toda la tarde viendo con mis abuelos la tele, esperando a mi padre y no hacer nada de deberes—. Lo único que podía hacer era lengua y matemáticas.

S. ¿Y eso?”

M. Porque mi abuela entiende de matemáticas, y mi abuelo entiende de lengua. Pero yo decía —¡No, que eso no voy a hacer ahora!—.” (Margarita, 13 años)

“Al día siguiente, cuando no hago los deberes estoy jugando en el ordenador, primero no estoy haciendo lo que me mandan en la escuela y al día siguiente tengo mal nota y con la nota viene el enfado de mi abuela que empieza a gritar y (silencios). Pues ya empezamos a gritar los dos.” (Adolfo, 14 años)

⇒ Mayor conflictividad ideológica respecto al modo de educar. En este sentido es posible que los abuelos vean un tema cualquiera desde su perspectiva, muy distinta a la de los chicos-as por la diferencia de edad y de experiencias entre ellos.

“Comparao de como era antes a como está ahora, bien. [Mi abuelo] un día tuve que echar a correr por el pasillo porque me tiró una figura.” (Valeria, 17 años)

O por ejemplo, el motivo que manifiesta Adolfo, 14 años, la ropa, puede parecer banal. Pero tiene su argumentación lógica.

“Pero el tema de la ropa [sigue siendo motivo de bronca], los estudios los tiene ya dejados.” (Adolfo, 14 años)

Para los adolescentes la ropa es una forma de igualarse con los demás. Y también una manera de autoafirmarse en la defensa de sus ideas, sus gustos o argumentos: lo que ellos eligen. Pero también, la ropa puede ser el elemento distintivo de la primera imagen ante los demás, la presencia que marca el contacto posterior de los otros. La importancia de la opinión que los demás se hagan sobre ellos, de objetivos de agradar y ser aceptados por los demás. Vestirse para los demás, presentando la mejor imagen. Vestirse como los demás para dejar de ser distinto.

“A mí nunca me gusta comprar en los chinos, sabes; y alguna vez me compra alguna cosa en los chinos y bronca, pero bueno. (...) Pues a mí me gusta comprar en pulanber y a ella no.” (Adolfo, 14 años)

Se pone de manifiesto que el cuerpo es la parte más importante de su vida. Lo único que se tiene realmente. Con él se aprende a sentir y decidir. Es lo que se puede cuidar (pelo, la salud), lo que puede mostrar (vestirse, arreglarse) y decorar (maquillarse, piercings y tatuajes). Es la forma de conocerse y conocer el mundo, a los otros, la vida. En el cuerpo es donde ella sitúa el sufrimiento, el del maltrato del golpe, el del abandono y el del descuido y desprecio. Lo expresan claramente cuando hay animales de compañía por medio. Con ellos se identifican, en ellos se refugian y suplen la compañía de personas, cuando se sienten solos. En ellos depositan afectividad, protección y cuidados.

“Joer. Porque aparte, es que, ¿sabes lo que pasa? Yo creo que los animales me quieren, porque yo no les maltrato. Porque hay gente que les da patadas y todo, pero en el momento que le pegas. Tú igual le haces así, pues por lo menos le haces así (hace un gesto de dar un golpe no demasiado fuerte), pero no ¡pumba!, un ostión. —Que no si es que no lo siente—. ¡¡No??!! Si tú que sabes, si no estás en su cuerpo.” (Valeria, 17 años)

La edad de las abuelas provoca una menor resistencia y un mayor cansancio y hace que el desbordamiento de la energía sea más rápido y menor la paciencia y tolerancia. Además, asumir una responsabilidad que no les corresponde genera tensiones generacionales, conflictos y a veces celos. Todo lo cual dará lugar a la insatisfacción con el rol desempeñado, tanto por los padres como por los abuelos y los nietos, discusiones y distanciamiento.

“S. ¿Qué te pasaba con tu abuela para no estar bien?”

P. Nada. No sé. Que me decía cosas que me dolían, no sé. A veces me comparaba con mi madre, todo el rato me echaba la bronca de, de no sé. [No quiere recordar lo que ella hacía, sus exigencias, falta de compromiso,

la manipulación.] Me decía que le estaba poniendo yo enferma. Que le recordaba tanto a mi madre. Y yo, no sé, no sé. Y luego, no me daba ningún cariño, no sé.” (Petunia, 18 años)

“Pero porque me echaron porque me robé; o sea, robé.” (Valeria, 17 años)

“Siempre podría ser mas por los estudios porque siempre no lo hacía o así y porque robaba, alguna vez he robado, alguna vez mucho dinero y es porque no tenía cabeza, yo en ese momento era pequeño y yo ahora yo pienso lo de pequeño. Sé que era pequeño pero, que me porte muy mal, sabes?” (Adolfo, 14 años)

“Pero siempre iba a robar a mis abuelos aunque siempre me lo iban a dar ellos ¿sabes? pero no lo pensaba yo antes de pequeño no lo pensaba hasta que me he ido al hogar y he pensado todo.” (Adolfo, 14 años)

Intentan no hablar de las cosas que no tienen asumidas, porque se avergüenzan de ellas y creen que si las relatan o admiten ante los demás, perderán la buena imagen social que quieren dar. Este punto les iguala al resto de los adolescentes.

“[Lo que motivaban las rabietas era] que me vaya de casa; pero bueno, yo las hacía y luego lo pensaba. Mis abuelo [lo decían], que cuando fuese un poco más mayor me iban a llevar a un hogar”. (Adolfo, 14 años)

A lo largo de los relatos, en general he intuitido la ternura demostrada por los adolescentes cuando hablan de los abuelos. Son un hito importante en sus vidas y reconocen la labor desempeñada, asumiendo la dificultad de la tarea por las razones hasta ahora aducidas. Sin embargo, sus referentes no resultan afectivamente suficientes para mantener la ilusión que se romperá durante la adolescencia.

4.3.1.3. ILUSIONES ROTAS

Ilusiones rotas pone de manifiesto la ausencia de las figuras centrales en la infancia: la madre y el padre, tanto como cualquier otro referente que haya suplido suficiente y adecuadamente. La necesidad de tener un adulto de referencia, la manifiestan con claridad sólo cuando han hecho un recorrido y se ven obligados a pararse para reflexionar de nuevo, para reorganizar la experiencia y su aprendizaje. Cuando no tienen alguien con quien contrastar sus ideas, pueden quedarse con errores fundamentales, sobre todo en lo que respecta a su autoconcepto. Lo vemos a continuación

“S. Llamar la atención ¿qué atención necesitabas?

L. Ninguna. Simplemente que, estén conmigo.

S. ¿Y cómo lo conseguías?

L. Más que haciendo trastadas, insistiendo. Insistir, insistir, insistir. Es que si no me lo compras, lo robo. O algo de eso decía, y acababan comprándomelo, porque si no lo robaba. Era un cafre. Lo robaba y punto.

S. Y cuando dices que querías que estuviesen encima de ti ¿Qué quieres decir?

L. No, no sé. Pues que me aconsejaran, o que me dijeran algo. No sólo malo.” (Laurel, 18 años)

Los chicos-as suelen considerarles malos padres cuando no están, basan su idea en su experiencia. También fantasean con lo que es ser, sobre todo buena madre. Pone de manifiesto la afirmación sobre el condicionamiento cultural de la paternidad y biológico y cultural de la maternidad⁽¹²⁶⁾.

“Una madre buena se levanta y lleva a sus hijos al cole, bueno, una madre buena tiene a sus hijos en casa. Una madre buena, no sé, lleva a sus hijos al

cole, va a las reuniones del cole, yo qué sé, esas cositas. Los lleva al parque, los cuida y está con ellos.” (Amapola, 16 años)

“Cuando la mala ha sido ella; deja a todo el mundo como la mala, cuando la mala ha sido ella.” (Valeria, 17 años)

La necesidad del niño-a de tener una persona de referencia para aprender a identificar las sensaciones que percibe en su cuerpo, y con ellas, elaborar los sentimientos y su expresión. Pero aprender también otras cosas, sabiendo lo que están aprendiendo para que el aprendizaje sea real, basado en la experiencia, además de en la referencia. En este sentido resulta esclarecedor el siguiente relato.

“M. [Mi madre] verdaderamente..., ha sido la que más me ha inculcado valores..., por así decirlo...”

S. ¿Qué valores?

M. La verdad, siempre me estaba hablando de los valores. Y yo siempre digo —yo que sé de lo que me estás hablando, solo sé que me lo estás inculcando. Sea como sea—. Jeje no sé lo qué es, ... pero ella lo llama así. Y yo... me quedo...—Primero explícame cuáles son y yo ya lo entenderé luego—.

S. ¿Y se lo has preguntado?

M. Qué va ... jeje.” (Margarita, 13 años)

Para saber lo que me pasa, es necesario saber lo que me puede pasar. Esta es una manera de ampliar el conocimiento y socializar la convivencia, cuando unas personas explican su experiencia y luego se ha estudiado sobre ello. Es la forma de afianzar la inteligencia emocional y ahondar en su comprensión. Lo contrario puede ser el salvajismo más animal; de hecho, la tozuda realidad nos lo demuestra cuando no se educa el impulso reactivo, cuando todo se deja a la espontaneidad y a “la libertad” de cada uno. Es necesario inculcar el autocontrol a través del esfuerzo, la reflexión, el hábito, la disciplina y la obligación. Aunque suene retrógrado.

Las ilusiones se rompen cuando las expectativas no se cumplen. La ruptura de las expectativas conlleva sufrimiento y el recuerdo de los motivos por los que justifican la ruptura, más aún. Lo expresan cada uno a su manera, pero mostrando un alejamiento importante. Por otro lado, identifican rápidamente la comunicación paradójica porque se han criado sufriendola. Es decir, no entienden un discurso con palabras afectivas cuando los hechos demuestran otra cosa; el “hechos son amores” del refrán popular. Así lo demuestra Rosa en su queja.

“S. O sea que lo de “cariño” te sienta mal?”

R. Pues sí, como lo dice ella sí [se refiere a la madre de acogida]

S. ¿Por qué?

R. Porque ella es la que me pegaba; ¡tu puta madre!

S. ¿Qué veías en aquella gente?

R. No veía nada

S. ¿Tu les querías a ellos?

R. Al principio sí; luego ya no. Luego, si les veo por la calle, miro para abajo, me doy la media vuelta y me piro.” (Rosa)

“S. Les has dicho lo que te ha dolido?”

R. No, no porque no merece la pena. Y hace poco les vi, al lado de mi colegio. Iban a hacerse unas fotos familiares. Y les vi, me miraron, se quedaron así pues mirándome, y me miraron así. Se me quedaron mirándome un rato. Y yo vale, cogí, iba yo con dos amigas mías y un amigo, que era el novio de una amiga mía. Y como es como si fuese mi hermanito, me agarró y yo -Manis, suéltame-. Y me suelta. -Vale, vale.- Respiro miro para abajo, me doy media vuelta y me fui. Y me dice -¿por qué has hecho eso?- Digo, -por nada por nada, déjalo-.” (Rosa)

“Pensaba que no volvería verles.” (Rosa)

Se ha visto como la ausencia de figuras centrales tiene marcadas repercusiones en distintos ámbitos de la vida de estos adolescentes. Han aprendido de la experiencia, pero no de la referencia que ellos añoran, la del autocontrol, el esfuerzo, la reflexión y todo lo demás. Esto les lleva a enjuiciar a sus padres, idealizando cómo debe ser una madre. El incumplimiento de las expectativas, les deja rotas las ilusiones y así empiezan a desvincularse progresivamente de su entorno familiar, con mucha rabia, con mucho miedo. Lo vemos a continuación.

4.3.2. DESVINCULACIÓN

Es la etapa que marca el comienzo de la adolescencia. En ella va surgiendo una ruptura progresiva con la vida anterior. Es la etapa identificada como desvinculación, por la separación y el alejamiento que existe del adolescente con su familia. Es un intento de disolución del sufrimiento padecido, centrándose en sí mismos. En este momento los amigos se constituyen en familia ideal. En ellos busca algo diferente a lo que encuentran en casa. Estas son las dos subcategorías emergidas: *Centrados en sí mismos* y *Focalizados en los amigos*. Es la puesta en marcha de sus criterios autónomos, con mucha impulsividad y escasa reflexividad autocrítica. Experimentar y probar, hasta aprender otra forma de vida, hasta encontrar su camino, hasta encontrarse a sí mismos.

“¿Pero qué pasa con mi hermana, que pasa de mí mi hermana? Que tiene 14-15 años, ¿por qué pasa de mí ahora? ¿Por qué pasa de mí, por qué pasa de mí? Mi hermana no sabía en qué cosas estaba yo metida.” (Mimosa, 22 años)

“No sé explicarte. Es que ellos [se está refiriendo a sus padres]. No es que yo vaya por libre. No es que no les pida permiso pero es que no, no me gusta que me rayen. Como a todo el mundo. O sea Una persona que esté encima de ti, no me gusta. No me gusta nada. [En este momento la que está encima soy yo. Llevamos 20 minutos escasos y el cansancio está llegando a

su fin. Esta nerviosos, bloqueado, contrariado y confuso. Suda mucho y se quiere marchar]” (Sabin, 17 años)

4.3.2.1. CENTRADOS EN SÍ MISMO

Estamos ante un adolescente egocéntrico, ególatra, egoísta y egotista. Su actitud va en defensa de su integridad y autoestima. El planteamiento egoísta de afrontar el momento o la realidad de sufrimiento, en un momento en el que la desconexión es la alternativa más atractiva. Al centrarse en uno mismo, en su existencia, en buscar compañía fuera de casa, revela inadecuada la compañía de casa. Es una compañía corta, que existe durante poco tiempo porque los compases de la vida de cada integrante de la familia son distintos. Lo conocido no sirve; no ha resultado operativo durante muchos años para tener la compañía requerida, el apoyo, la comprensión y el cuidado exigible.

“Porque yo estaba a lo mío. Soy realista y no. Si en estos momentos lo haría, las echaría de menos [Se refiere a su madre y a sus hermanas], pero en esos momentos no las echaba de menos. Te digo la verdad no las echaba de menos, porque estaba a mi puta bola. Si hoy en día haría una cosa de esas, pues sí que las echaría de menos, está claro, pero en esos momentos pasas. Eres un crío, un puto crío que solo piensas en ti mismo. Piensas en ti mismo, estás pensando en ti mismo. La persona que tienes al lado te da por el culo. Buscar cosas nuevas y el propio bienestar, o eso pensaba yo jeje.”
(Mimosa, 22 años)

Los adolescentes empiezan a mantener secretos respecto a lo que hacen fuera de casa. Lo mismo pasa en los que están etiquetados de TC, en esto su comportamiento es el mismo. Las aventuras con los amigos y del colegio, dejan de contarlas y las consideran “su vida”.

“Lo único que sabe de mí, por lo que le contaban y eso, que es lo de la banda, que estuve en una banda y que nos hemos pegado unos a otros, con

barras de metal y eso, pero sin más. Eso lo sabe hace poco que le contó el psicólogo porque decía que era mucho.” (Diego, 13 años)

Cuando son más mayores pueden hablar del niñato o la niñata, para referirse a los adolescentes con los que se cruzan y en quienes ven reflejada la actitud que ellos presentaron cuando estuvieron en esta etapa. Es decir, la crítica la hacen desde la superación del proceso adolescente, cuando son adultos y más maduros.

“Es una persona que, que no se centra, que no se está dando cuenta de cómo es la vida, o cómo va a ser la vida. O yo qué sé. El ser niñato, también, pues tratar mal a, no sé, por ejemplo a un familiar, o algo, o no hacerle caso. Querer ser tú misma, crecer. Creer que tú puedes hacer las cosas. Tú crees que sabes qué es la vida, pero no lo sabes. Jeje. No sabes lo que es la vida, hasta que pasan los años, y vas viendo las cosas ¡hombre! Yo sé, ya, lo que es parte de la vida. Una pequeña parte.” (Mimosa, 22 años)

“Era un gallito..., era un flipao... Me creía que me comía el mundo. Estaba todo el rato mintiéndome a mí mismo.” (Laurel, 18 años)

Hablan de inmadurez, de expectativas falsas por desconocimiento, de curiosidad y ganas de experimentar. En definitiva, de todas las características que tiene cualquier adolescente y de toda la necesidad de guía. Sin embargo, la inmadurez en la que están inmersos durante el TC, confusos y despistados, haciendo lecturas inadecuadas de su entorno. La capacidad reflexiva y analítica está limitada a la propia experiencia, necesitando buscar en los lugares desconocidos y más atractivos, los de la exclusión, la marginalidad y la diferencia, como una forma de autoafirmación, ya que han estado ‘excluidos’ durante mucho tiempo de su familia, de sus referentes, de los elementos afectivos. Generalmente toman decisiones en contra de sí mismos, más que a favor. Pero lo tienen que experimentar para darse cuenta y contrastar con lo demás ¿Qué tienen en común todos estos chavales, además de la edad? Quedarnos en la edad es insuficiente, porque la edad la pasan todos, pero no todos terminan asistidos en salud

mental, con consumos, fugas, y los demás elementos del TC. Sus experiencias son duras, dolorosas. Y generan un sufrimiento que les empuja hacia un abismo; el abismo de la experiencia, más que el de la observación.

La relación que suelen mantener con los hermanos es una relación cainita, de rivalidad y celos. Muestran cierto resentimiento y lo justifican en cómo son y lo que hacen. Estos celos pueden ser beneficiosos para aprender a compartir, a convivir y perder la exclusividad, pues es la forma natural de vivir en sociedad.

“Tengo un hermano que le saco un año y otra de cinco años, que me llevo mejor con la pequeña que con el otro. Mal; muy mal. A muerte.” (Diego, 13 años)

“Y todos los días a todas horas teníamos una pelea a muerte mi hermano y yo. No sé, nos llevábamos a traición. Ahora si nos queremos, pero lo que pasa que antes no sé. Siempre que íbamos a algún lado de vacaciones y ahí empezábamos la pelea. Discutimos, nos insultamos y acabamos pegándonos. Esto es por la mala ostia, va de herencia; esto va de herencia vamos.” (Valeria, 17 años)

Los celos incluso a veces son reforzados por los progenitores y otros adultos, bien con los comentarios que realizan, bien con las actitudes manifestadas. A veces demuestran preferencias por alguno de los hijos, por sus conductas victimistas, o establecen comparaciones entre hermanos poniéndoles como objetivo, cumplir aquello que hace el hermano o la hermana.

“C. Yo no daba besos y mi hermano siempre daba besos y siempre me comparaban con mi hermano. (...)”

S. Ahh ¿Y cómo te sentaba eso?

C. Es mi hermano pero, ... (...). Ya... me han comparado desde que soy chiquitina, hasta hace poco comparando y ya... ”. (Camelia, 16 años)

Es una forma de disminuir la autoestima, por no reconocer la individualidad y peculiaridad de cada hermano. Las comparaciones son tan dañinas que se traducen en el miedo a no cumplir las expectativas del interlocutor, intentando esconderse y/o anularse. La influencia que ellos reconocen, es también importante reconocerla, porque hablan en primera persona.

“S. ¿Cómo ha influido esta comparación?”

C. Pues que..., todavía soy más callada... Si me siento insegura o algo, intento salir como sea de ese sitio. O de... , si estoy hablando y no...

S. A ver explícame eso de “si me siento insegura intento salir de ese sitio, o si estoy hablando...” explícame

C. Pues que cuando no estoy segura, pues ... me quedo callada, y si me toca a mí, pues... no... no..., o sea prefiero que..., estar con más gente, y que..., que si sale lo que sea que haya más gente. Estoy en trilingüe [español, euskera, inglés] y en inglés como me siento tan insegura (jeje), pues me pongo atrás del todo y me tapo con el que está delante...

S. Y eso ¿para qué?

C. Para que no me toque a mí hablar

S. Y tú piensas que eso es porque siempre te han comparado? O...¿qué relación tiene con esto que estábamos hablando?

C. pero siempre me decían... me comparaban, o sea...no me comparaban pero... cuando estábamos en clase, yo iba a una academia de inglés, y como siempre me comparaban con todos los que había, pues me fui como..., me fui haciendo tímida a la hora de hablar y..., pues fui dejando de hablar... y eso.” (Camelia, 16 años)

Así parece que las comparaciones entre los hermanos, sin otras estrategias, siguen siendo “odiosas”. Suelen utilizarla los padres como argumento para motivar o estimular a los niños o adolescentes. Pero estas comparaciones llevan implícita la falta de reconocimiento de la individualidad de cada uno de ellos, sus características, sus diferencias, sus especificidades. Sus aprendizajes distintos en definitiva.

Otra comparación, y siguiendo el hilo argumental de la anterior, es la similitud con alguna característica de los progenitores. En este caso se ven obligados a imitar obedientemente la actitud o el rol comparado para seguir perteneciendo a la élite, al hecho de “ser como su...”, a cumplir con la expectativa, o a veces con la profecía que supone esta comparación. A la vez, esta comparación lleva implícita la falta de reconocimiento del adolescente como persona única, individual y por tanto diferente.

“Yo con mi hermano no me hablo, sólo me hablé ese día y sin más.” (Rosa)

“S. ¿Qué te dice tu hermana de todo esto?”

J. No, no me habla mucho. Nos llevamos, sin más, como los hermanos se llevan.” (Jacinto, 16 años)

Cuando dicen que la relación es “*como debe ser*”, no permite pensar en una relación afectuosa porque esto no se ha estimulado, quedándose en la rivalidad clásica entre hermanos. Es posible que acepten las interpretaciones adultas respecto al origen de la rivalidad, cuando los padres suelen decirles “*tienes celos de tu hermana-o*”, resultando perjudicial cuando los chavales lo aceptan y justifican toda su interacción desde tal planteamiento.

“Pues si te digo la verdad no sé [de dónde viene este odio]. Será porque, yo que sé, no sé. Cuando seríamos críos eso de que yo tendría un año, estuviese con mi madre y él tuviese meses. Y saliese el otro; pues yo que sé. Celos o algo así. Yo que sé, lo que sería; pero desde pequeñín me llevo fatal con él. Igual hay algunos días hay que me llevo bien; que si tal y cual. Pero nos chinchamos mutuamente, nos hacemos mucha bronca.” (Diego, 13 años)

Todo esto estigmatiza a unos frente a otros y suelen llevar a la desactivación de los logros, consiguiendo lo contrario que se pretendía. Los posibles beneficios que pueden conseguirse con la competición, exigen juego compartido con los hijos, modelando y moldeando la armonía a través de las bromas, el humor del juego, enseñando a perder y ganar. Esta es una forma de prepararles para la vida real.

“Yo con mi hermano no me hablo, sólo me hablé ese día y sin más.” (Rosa)

Sin embargo, la rivalidad entre hermanos es también una forma de sufrimiento. Son los celos cuando nace un nuevo hermano que destrona a la princesa o príncipe de la casa, con quien tendrá que repartir la atención y el afecto de los padres, y todo lo demás. Si esto no se encauza, no se ayuda a expresar, a exteriorizar, normalizándolo, se enquistaba en una rivalidad que durará hasta que se analice todo ello, o en su defecto, toda la vida. Las relaciones de rivalidad expresan el miedo a la pérdida manifestado a través de la ira en forma de agresividad defensiva, sin posibilidad de la expresión de afecto próximo. El tercer hermano, cuando existe, suele surgir como el desempate entre aquellos dos, con más afinidad y más cercanía emocional, al depositarse en él las muestras que con el otro no se pueden hacer en público.

“E. La otra ya me cae mejor es diferente, más maja. (...) Pero no tiene casi nada de chica se pega conmigo y todo. Es mas así ella. Al tener tantos hermanos mayores pues está cogiendo, lo que pasa con todos los que tienen hermanos mayores, todas las chicas

S: Pues sois los lideres

E: Se está pareciendo mucho a mi

S: Sois los ídolos

E: Antes era muy maja. Ahora se está pasando; es una... Antes recogía los juguetes ahora te hace a ti recogerlos. Es que es muy mala ella, es muy bruja. (...) Es mi hermana la pequeña, es una niña. Tiene 5 años para 6.”

(Diego, 13 años)

Basándome en las diferencias individuales, parece que la responsabilidad y el esfuerzo de los progenitores vayan disminuyendo a medida que aumenta el número de hijos, haciéndose la educación más laxa, con menor insistencia, la dedicación y la asistencia ofrecida por los padres. Además la ausencia de ellos en casa, hace que las disputas sean más largas entre los hermanos, no sean encauzadas adecuadamente y no se orienten las relaciones de conflicto y rivalidad hacia el necesario acuerdo, tras una negociación y

pacto mutuo. Es como si estuvieran en la calle con otros chavales. Por otro lado, la rivalidad establece y marca diferencias, imponiendo la necesidad de diferenciación en elecciones y planteamientos, pudiendo llegar a la oposición reactiva. Es decir, yo elijo esto porque tú has elegido lo otro.

“¡Jó! Que sí hubiese salido así de recta yo, no hubiese sido rebelde yo jaja. Bueno, la que ha salido recta ha sido mi hermana la mayor, la mediana se lo pasaba todo por donde quería. Se debe a desde pequeñas, mis hermanas de pequeñas andaban juntas, así de pequeñitas, con 5, 6, 7 años. Luego se vinieron a vivir aquí y fueron al colegio de la Misericordia. Ellos vivían primero en otro pueblo, iban al mismo colegio de Erandio, luego se pasaron al de este pueblo y eran rivales. (...) Mi hermana la pequeña contra mi hermana la mayor. Entonces, qué pasaba. Que se insultaban, al ir al colegio se insultaban, se pegaban, se llevaban mal. Por envidias, a mí me ha contado mi madre que era por envidias. Mi hermana la mediana tenía envidia de la mayor, porque era una chavala así, como más respetable, como más, más, era más estudiante. La mediana también estudiaba pero ya a su manera, un poco más pasotilla. Jo, mira que es triste eso, pero bueno. Tú no sabes lo que es estar sola en casa, de pequeña con tus hermanas y que se estén pegando y tú pequeña ahí.” (Mimosa, 22 años)

Se establece una relación de tú a tú con los padres, donde hijos interpretan que ya son iguales a ellos en el liderazgo, el poder y la capacidad de decisión. Se consideran maduros y conocedores del medio en el que se mueven. Sin embargo, cuando las expectativas de conducta no se cumplen y los hijos no responden a lo que se espera, surge la vergüenza por no cumplir lo pactado, o romper la idea (imagen social) que los hijos piensan que están dando. Y con ella aparecen los pretextos para mejorar, engañosamente la imagen ante los demás. Unas veces minimizan sus fechorías. Otras las maximizan. El objetivo, mejorar su autoimagen con las estrategias que han aprendido.

“Tenía confianza pero me daba vergüenza decirle todo eso. Decirle que he estado 5 días de bar en bar. Decirle que igual he llegado a conocer a 200

personas, sabes, en 5 días, perfectamente. Porque me visité todos los bares de Zierbena, Muskiz, Lamiako, Lutzana, Deusto y todo eso andando. Tengo los pies llenos de heridas.” (Cosmo, 17 años)

“Yo nunca he visto un hijo que le cuente nada a su madre. No, no es porque lo hagan los demás, sabes, sino porque no sé, no cuadra no.” (Diego, 13 años)

Los padres y las madres de estos adolescentes suelen justificar y minusvalorar los hechos, ante los demás adultos, cualquier cosa que hacen sus hijos, de forma sobreprotectora. Incluso cuando tienen problemas con repercusiones legales como robar coches, conducir sin carné, consumo de cannabis, los interpretan como *“normales en la juventud”* o *“actos de rebeldía”* (Observación participante de las conversaciones con los padres de los adolescentes ingresados). Muchas veces porque ellos también son transgresores. Suplen con dinero o con negociaciones, lo que no han inculcado con educación, porque no son capaces de tener la rigurosidad necesaria para encauzar la conducta, manteniendo las consecuencias de la misma. Por ello, también se sienten impotentes o no ven, lo que pueden hacer para encauzar la conducta de los chavales.

“No soy tramposa. Pero, a ver, si la lío jeje no te lo voy a contar ¿sabes? Te lo niego y te lo niego y te lo niego. Luego ya si veo que me has pillado te digo sí, pero... [Se ríe intentando quitar importancia a lo que está diciendo]. Es ... intentar no asumir la responsabilidad, y luego, cuando tienes que asumirla, pues ...” (Amapola, 16 años)

“Lo tengo todo a la mano, no me ha hecho falta buscarlo, vamos lo he tenido todo ahí y en cada momento. La ropa. Todo. Todo lo he tenido a mano y no me he tenido que buscar la vida para conseguirlo” (Laurel, 18 años)

Se refugian en la ficción de seguridad que sus padres les dan con la sobreprotección y se aprovechan de ello. Incluso se apropian de lo que es de sus padres, siguiendo el

mismo razonamiento de la sobreprotección, considerando “Lo que es de mi familia es mío”, en una especie de beneficio perpetuo, porque siempre ha sido así. Y cuando se van haciendo mayores, la “individuación” sólo la ven en “hacer mi vida”, reivindicándola y defendiéndola a ultranza. Pero no se hace la misma defensa en lo tocante a responsabilizarse completamente de su vida.

“Mi madre, se sacó la oposición sabes. Y eso significa que no la pueden echar. Pero el caso es que, de los 2000, o no sé cuánto cobra, yo le pedía parte de ellos. Con toda la jeta del mundo. No todo, eso me parece excesivo. Era más que todo, parte. Hablemos de una cuarta parte. Tres cuartas partes eran suyas, pero una cuarta parte de su sueldo lo usaba yo.”
(Cosmo, 17 años)

En este caso la desvinculación hace referencia a la responsabilidad e imagen ante sus progenitores. También se desvincula de su autoconcepto. En definitiva, es la desvinculación de su autoestima.

Esta forma de centrarse en sí mismos se ha puesto de manifiesto a lo largo de las narraciones con expresiones similares a “Me comía el mundo” (Laurel, 18 años). Expresan la curiosidad que les lleva a experimentar, muchas veces de manera temeraria, dada la inmadurez reconocida. Esta es la que les hace así mismo rivalizar con cualquiera y mostrarse en igualdad con los adultos, alentados por el refugio que les da tener amigos.

4.3.2.2. FOCALIZADOS EN LOS AMIGOS

Buscan complicidad con los amigos frente a los padres. Se alían con ellos y les utilizan como falsos testigos de su “conducta modélica” y adecuada, intentando mantener la misma imagen para conseguir los mismos beneficios. Aunque esto cada vez va a resultar más difícil. Empieza a partir de ahora, la rivalidad con los padres.

“Lo que le decía era que he estado durmiendo en casa de mi novia; los cinco días en casa de mi novia. Y como ellos no han estado en su casa, yo si he estado en su casa pero tampoco estaba durmiendo allí. Lo que pasa que yo llamaba a mi novia y le decía —si te llaman mis aitas y tal diles que estoy en la ducha—, sabes? (Cosmo, 17 años)

Los amigos y conocidos son la prolongación de la familia que ahora y no tiene. Son las personas en las que confían, se apoyan, a las que quieren, con quienes se confrontan. Son la extensión de su familia inexistente, las personas con las que pueden romper su soledad y a veces, con algunos establecer relaciones más profundas de auténtica amistad. Con ellos intercambian sentimientos y experiencias respecto a sus progenitores.

A mí me empezó a hablar un amigo mío, y me dice —mi madre, yo he tenido juicios—, porque era un niño que, por lo que se ve es muy problemático, —y yo he tenido juicios y mi madre le ha dicho a diputación que no quería ir a juicios y lo ha dicho el abogado y todo que no quería ir a juicios que me quiere meter a un centro de menores. Y le odio porque me ha jodido la vida—. Y le digo —pero es que macho, yo no la odio, sabes? es que yo no la quiero ver—. Y me dice —pero algo te habrá pasao con ella—. —No no me ha pasado nada pero no, no, no me ha pasado nada pero no quiero verla, no me gusta—. No es algo que me agrade.” (Rosa, 15 años)

Establecen alianzas, se identifican y justifican las conductas disruptivas, los enfados o las salidas de tono, minusvalorando las interpretaciones de los otros. Tales reacciones las entienden como una expresión del desbordamiento motivado por un sufrimiento inaguantable o insoportable. Y lo argumentan adecuadamente con las experiencias por las que pasan.

“Pues un día, te voy a explicar. Un día, que era no sé si carnavales y la de inglés le dijo que se sentara en la mesa y a él no le da la gana, sentarse en

la mesa. Y cogió la de inglés y le dijo que se iba a quedar sin chocolate de carnaval. [Él] cogió, se enfadó mucho y tiró los libros y tiró la mesa. Claro en carnavales, en carnavales, siempre hacían una fiesta y te daban chocolate, y a Ander le molestó bastante que le dijeran que se quedaba sin chocolate, por una tontería. Y porque, claro, estábamos acabando la clase y tal y cual, nos fuimos a vestir todos, y cuando fue, jeje, cuando Ander fue a por el chocolate, le dijeron que nada. Y fui yo a por él. A ver, yo le ayudé un poco, porque encima de que él, sus padres también, bueno sus padres están separados, y tiene un hermano pequeño, y cuando él se enteró de que iba, iba a tener un hermano, se enfadó bastante y, buah! Y luego más tarde se enteró de que sus padres se iban a separar, y un montón de cosas más. Y dijo basta e hizo ¡plas! encima de la mesa.” (Margarita, 13 años)

“[Habla de la gente con los que iba porque quería aprender, no quedarse a tras y no sentirse solo, como la mayoría] si me vuelven a hacer esas putadas y esas movidas, seguramente actúe como actué. Me sale natural. Eso no, no lo haces obligatorio. Te sale. Simplemente, ¡yo que sé!, lo haces. Por eso no quiero remover la mierda.” (Laurel, 18 años)

Es una diferencia importante que enseguida aprenden a reconocer cuando se sienten más mayores. Los amigos y conocidos son la fuente de identificación, identidad y diferenciación. Con ellos aprenden a partir de lo que ven y comparan, participan y comparten experimentación, practican habilidades, muestran iniciativa, autonomía e independencia. Durante la adolescencia, el cambio de amigos suele ser frecuente y lo provoca el proceso que experimentan; en este proceso buscan, comparan, copian, analizan y critican para seguir buscando. Rompen algunas relaciones y afianzan otras. Se rompen las amistades infantiles, dando paso a las adolescentes. Hay un interés de relación social, pero también de iniciación sexual. Así amplían su marco de referencia y, con ello, lideran el proceso de tomar sus propias decisiones de forma individual.

“Y luego hay amigos, en plan de eso, en plan amigos de los que son de mi clase, amigos que les conozco del colegio, que les conozco desde que entré a los cuatro años. Esos son amigos a los que les ponía yo los porros, sabes.

Con esos, si hay relación. Y espero que cuando salga de aquí les vuelva a ver y me vean de otra manera, no en plan como un líder. Que me vean como uno más. Eso es lo que me gustaría.” (Cosmo, 17 años)

“Últimamente estoy cambiando mucho de cuadrilla; antes iba con los liosos, luego de repente, he salido con unos amigos, luego otros más mayores que yo. Me voy a otros, luego otros pues están mucho tiempo por el barrio, a mi me gusta salir más por ahí, pues el cambio hasta que encuentre algo perfecto, que no lo hay.” (Diego, 13 años)

“Discutimos ¡buah! pero de mocos. Por lo de los coches, pero no pasa nada. Otra vez estamos juntos. Es un buen amigo.” (Mimosa, 22 años)

“Primeramente, puedo quedar con los amigos. Hasta me voy a Santa Marta y todo. ¡Qué bien! Quedo con Josito [muestra una risa nerviosa].” (Margarita, 13 años)

Esta diferencia es aún más amplia cuando diferencian al “mejor amigo”. Con él o ella existe un vínculo diferente, basado en la convivencia, confianza y el conocimiento mutuo durante un tiempo prolongado en el que se han compartido experiencias, han sintonizado sentimientos y han intercambiado pensamientos, llegando a una complicidad única. Se cuentan intimidades mutuamente, siendo exclusivos en su conocimiento. Con ella se reconocen como equivalentes.

“Ayer vino a verme mi mejor amigo, porque conocía mis trapis, pero no conocía que me movía en el mundo de la cocaína. El caso es que le sorprendió mucho. Y me dijo, pero ¿con qué gente te has juntado? Y cuando le he contado las movidas de eso, de la AK-47, en plan pistolas y rollos y BMWs y movidas, pues se ha quedado así, [muestra una risa nerviosa, jejeje], blanco. Y eso, ¡sin más! O sea él, una sensación extraña tuvo ayer; pero también buena porque, psshss, sabes? Como que me animó más. Me hizo mucha ilusión. Somos uña y carne.” (Cosmo, 17 años)

“Yo también he tenido un amigo, que también he estado muy unida a él. Por así decirlo. Me enseñó casi todo lo que sé, de la forma de estudiar y, también tenía el mismo problema que yo cuando se cabreaba.” (Margarita, 13 años)

“Pues él me cuenta sus problemas y yo le cuento los míos.” (Jacinto, 16 años)

“C. Una es la mejor amiga y las otras, son también pero no son tan buenas.”

S. ¿Qué ha hecho Naia para ser tu mejor amiga?

C. No sé, es que no s conocemos desde, desde no me acuerdo. [Nos contamos todo] desde que me he levantado, hasta que me he ido a dormir, y todo.

S. ¿Cómo eres tú con ella?

C. Con ella si le pasa algo, pues le pregunto que qué le pasa y si veo que está muy mal y no dice nada, la dejo un rato y luego vuelvo y al final me lo cuenta.” (Camelia, 16 años)

Establecen con ellos alianzas, enfatizando la falta de confianza o el alejamiento de su entorno más conocido, su familia. Hacer cosas y no contarlas forma parte del proceso de crecimiento normal y autonomía adolescente. Sin embargo, los adolescentes transgresores que han crecido solos, han pasado solos épocas duras o han tenido pocas orientaciones, lo utilizan para experimentar más allá de lo permitido, incrementando la transgresión. Es como si desconocieran hasta dónde se puede llegar y de dónde no se puede pasar. Suelen intuir que lo que hacen no está bien, pero incluso manteniéndose con un sentimiento infantil de culpabilidad que les hace huir del afrontamiento o puentear las consecuencias, con la falta de sinceridad o ese callarse para no contar, intentan protegerse a través del secreto; manteniendo su privacidad. Consideran el trato más distante y más distinto, sin posibilidad de discutir o debatir las posibilidades, en el fondo, consideradas erróneas y sin posibilidad de considerar opciones válidas. Su interés por experimentar otras cosas para conseguir ser “*el más maloso*” (Diego, 13 años) o “*el líder*” (Cosmo, 17 años), parece que tampoco les convence.

“Para que iba yo a contar algo, si fijamente lo que le cuente será malo.”

(Diego, 13 años)

Pero los amigos son la cobertura para subsanar su soledad. Con ellos se sienten acompañados, apoyados y queridos. Con ellos comparten experiencia, diversión y aprendizajes. Dejan de sentirse solos y diferentes. A través de los amigos, se igualan a los demás. Es decir, adquieren identidad. Ven a los amigos como grupo de ayuda, como cobijo.

“Yo no me voy a ir de una cuadrilla porque a uno le caiga mal. Si yo estoy con el otro, si no estoy con él, pero estoy con el otro. Hago un acercamiento hacia el que me cae mal, simplemente, siendo amable con él ya está.” (Diego, 13 años)

“Desde que he vuelto a retomar la relación con Isaac, de amigos, ya no me siento tan perdida. Ya tengo a alguien a quien coger y decirle —mira chato, que te vengo a hablar—. Y si tengo que quedar con Isi y él ve que necesito estar con más gente, me dice —tú te vienes a San Ignacio como está mandado. Y te vienes con nosotros—.” (Margarita, 13 años)

“S. ¿Te has volcado en los amigos?”

P. Claro, es lo que tengo ¿no?” (Petunia, 18 años)

La soledad producida por el aislamiento de los padres se subsana con las amistades. De hecho, algunos tienen la percepción de haber estado siempre acompañados. Sobre todo cuando no se han metido en demasiados líos, porque los amigos han sido la estructura de control.

“Yo amigos siempre he tenido siempre, siempre desde pequeño. Nunca he estado solo.” (Adolfo, 14 años)

Los amigos adquieren la autoridad que van perdiendo los padres y se convierten en los referentes más directos y cercanos.

“También me ayudan, y me dicen —estate quieto—, o —formal—, si estoy hablando en clase me dicen —cállate y estate formal—. (Jacinto, 16 años)

Llegan a esta conclusión cuando han experimentado diferentes relaciones con diferentes personas. Empiezan a romper su soledad con los disponibles, generalmente los considerados divertidos y mayores que ellos, quienes se convierten en los modelos de quien aprender. Hacen cosas que les resultan atractivas y las imitan.

“Con 14 años ya me empiezo a juntar con gente. Estaba sola, y me empiezo a juntar con gente. Con gentuza, con gente de treinta y tantos años, yonquis del pueblo, para no estar todo el día en casa. No estar sola en casa.” (Mimosa, 22 años)

“Yo era una persona de lo más normal. En 4° de la ESO, bueno en 3° más bien, se empezaron a torcer las cosas, juntándome con mala gente. ... Y yo les veía como personas mayores que yo, no como mala gente. Aunque bueno, luego ya les vi como mala gente, cuando vi las cosas que querían de mí. Lo único que querían era robarme, absorberme mi dinero. Y entré al trapo desgraciadamente. Y digo desgraciadamente porque si no hubiera entrado al trapo, ahora no estaría aquí.” (Cosmo, 17 años)

“A. Empecé a fumar porros, pues yo qué sé, porque me junté con mala gente.” (Amapola, 16 años)

S. ¿Y cómo era esa mala gente?

A. Pues era gente divertida, maja, pero fumaba porros. Sin más. No quería pero, bueno sí quería pero, ¿ves estas 4 paredes? Pues las 75000 paredes que hay en esta casa, fueron las que me lo quitaron.” (Amapola, 16 años)

La forma de hacer amigos plantea un crecimiento en red. Es decir, durante el proceso unos amigos dan paso a otros, se presentan entre sí y, como una bola de nieve rodante, cada vez se hace la red social más grande.

“Conocí a uno porque me lo presentaron y ese me ha presentado a más gente y me he hecho amigos. [Tengo] mucha [facilidad para hacer amigos]. A mí siempre me dicen que yo siempre cuando estaba viviendo con mis abuelos bajaba a la pista que hay debajo de la ría y siempre cuando volvían mis abuelos de dar la vuelta pues yo, o estaba ayudando a los de los patines que hay un grupo de patines allí, o estaba hablando con gente.” (Adolfo, 14 años)

Las relaciones de rivalidad dentro de la familia, se dan con los padres y también con los hermanos. Incluso cuando hay otros familiares que les reflejan su comportamiento y les dan alguna orientación respecto al cambio necesario. Se ponen de manifiesto con afirmaciones como las de más abajo.

“Con mi madre no discuto, ahora ya no. Hombre, cuando me vienen buscando la boca también a mí, [me molesta] que me den todos la chapa, no sé, que me rayen. Ahora ya no me raya.” (Sabin, 17 años)

“He tenido pocos problemas con ella, lo que pasa que me he pasado con ella, que he pasado de ella mucho. La he tratado mal.(...) Yo a mi madre la veía en plan de, como que me quisiera tocar las narices, pero no es así. En plan de —haz esto, haz lo otro—, y le decía —¡déjame en paz!—. Y me agobiaba.” (Mimosa, 22 años)

Qué ocurre para que se den relaciones de tal calidad con los padres?

Lo habitual es que lo interpreten como “*me raya*”. Es la intolerancia a la frustración ante cualquier esfuerzo o demanda del entorno más inmediato, tan típica en el TC.

Cuando carecen de argumentos, funcionan por los impulsos, en tanto que respuestas reactivas emocionales, que le llevan a buscar sus experiencias más próximas a lo delincuencial y a la marginalidad que una vida más socializada. Surge cuando los progenitores empiezan a poner límites más rigurosos, tal y como lo plantea la siguiente afirmación.

“Bueno, con mis padres, la relación ha sido buena, pero hemos tenido épocas muy malas, en plan malísimas. En plan de déficits económicos en casa y todo el royo que eso es lo malo. En casa yo a escondidas le pedía mogollón de dinero a mi ama, a escondidas de mi aita.” (Cosmo, 17 años)

En toda esta rivalidad surgen los días adolescentes. Son esos en los que no saben lo que les pasa. No están acostumbrados a identificar, expresar o tolerar las emociones, sobre todo cuando son de tristeza o malestar. Este suele ser el tono afectivo por las pérdidas que están teniendo: infancia, dependencia, separación y/o alejamiento de los padres, rupturas con amistades, etc.

Surge una relación que se podría etiquetar como *“desenfadarse”*. Estar enfadado lleva a tener posibilidades de meterse en más líos, encontrarse más enemigos o dificultades y con esto llegar a las peleas. Tal situación proporciona una fama entre la gente, que inclinará la balanza hacia un tipo de opinión, según lo aceptado o rechazado que sean los enfrentamientos en el medio donde se desenvuelven. La repercusión puede salpicar también a amigos y otras personas próximas, con lo que se genera un malestar por volver a repetir lo ya conocido. Este recuerdo se vuelve doloroso, no deja *“estar bien”* y genera el deseo de cambiar, romper con lo anterior, con lo conocido y problemático.

“A veces me despierto enfadado y me cabreo con el mundo; y ese día entero, entero, entero, estoy a muy malas. Sin más, tengo mis puntos. Todo el mundo tiene un día malo. Pues yo normalmente los tengo muy a diario, pero sin más. Y cuando estoy feliz estoy feliz”. (Diego, 13 años)

La incertidumbre en la que se mueven; el enfado no es una reacción a lo que ocurre fuera, es un estado emocional, un tono de humor; el enfado como representación de la tristeza o de la dificultad para abordar las exigencias del entorno, la manifestación del desbordamiento de su capacidad. En definitiva, la expresión del sufrimiento. Pero no como algo definitivo, sino como una manera de descansar, coger fuerzas para volver a enfrentarse a la realidad, con más/otras fuerzas y poderla afrontar de forma más exitosa, basándose en los aprendizajes equivocados anteriores.

Por otro lado, las dificultades para identificar los estados emocionales, reconocerlos, analizarlos y ponerles nombre, puede ser una carencia característica de la edad adolescente; o del momento de la vida en que toca afrontar situaciones emocionales. Pero también es una carencia de la educación familiar, que también suele ser habitual en el resto de los adolescentes.

Establecen alianzas cruzadas con sus progenitores Padre-Hijo o Madre-Hijo, sin unificar criterios entre Padre y Madre, muchas veces buscando la confrontación y la ruptura del criterio del otro. En estas relaciones cruzadas, los hijos siempre buscan un beneficio propio, el más inmediato. Las estrategias que utilizan son dar pena. Es decir, victimizarse para manipular y manipularse. Es una forma de autoengaño para encubrir su sufrimiento.

“O le pedía a mi ama, le pedía en plan como que me iban a matar, en plan diciéndole que mi vida corría peligro. Y hay veces que sí, eh, que me pegaban; esta cicatriz es de eso [se señala una cicatriz en la ceja] porque no había pagado y debía dinero.” (Cosmo, 17 años)

La rivalidad con la madre, o con el padre, surge a partir de las negativas. También puede partir de sentirse rechazados y desplazados. Están convencidos de ello. Utilizan la insistencia, obedeciendo al convencimiento, de conseguir cambiar un límite o de la inseguridad al sentirse rechazados.

“A. Mi madre no me quiere, no me demuestra que me quiere

S. ¿Cómo te gustaría que te lo demostrase?

A. Un abrazo, un —hija—. No sé. Afecto ¿sabes? Ahora, últimamente lo está teniendo, lo está teniendo más. Lo noto, ¿sabes? Es como, nunca has tenido una hija, y no, no sabes cómo educar a una hija. Ahora estás teniendo uno y veo que sí sabes.” (Amapola, 16 años)

Como le ocurre a Camelia, rivaliza con su padre porque está enfermo, su carácter es fuerte y ejerce muchas veces una crítica destructiva, según sus palabras. Pero también manifiestan la rivalidad en la atención prestada por la madre.

“[Mi madre] cuando tenía un poco de tiempo libre le iba a ver a él [Estaba ingresado en el hospital]. (...) Como yo choco con mi padre, ... pues [no le echaba de menos]. Siempre me lleva la contraria, él siempre tiene que ser mejor...y todas esas cosas.” (Camelia, 16 años)

Aunque muchos adolescentes intentan proteger su estabilidad familiar, sin contar lo que realmente ocurre en casa, puede intuirse la existencia de, al menos, acoso moral en sus palabras. Y, sobre todo, mucha ausencia de asertividad en las relaciones.

“Nos hace sentir una mierda.” (Camelia, 16 años)

Los adolescentes justifican el alejamiento y la rivalidad o el desacuerdo con sus progenitores, por las competiciones que se establecen los padres con ellos; posiblemente reflejo también del sufrimiento de los padres. Pero tal rivalidad, a la vez provoca un intenso sentimiento de culpa que también repercute en el desarrollo de los hijos y reproduce la amargura y el desprecio con la vida que les ha tocado, en el sufrimiento expresado en su conducta.

“De que ella me venga a pegar y... yo apartarle la mano, o que me tire del pelo y yo decirle... —¡Venga tírame más que no me duele! ¡Para que se joda! Y a mí me da igual todo—.” (Amapola, 16 años)

A través de los ataques de rabia, demuestran que el sufrimiento es mayor que el dolor físico y, a su vez, este sufrimiento les lleva a rivalizar y oponerse aún más. Sin embargo, esta rabia sólo demuestra la ambivalencia en la que se encuentran y, nuevamente la diferencia entre saber y sentir.

“S. Tú has hablado antes del abandono de tu padre, no? Y dices, mi madre también me dejó, pero es distinto, es diferente. Explícame...”

A. Una madre es una madre. Una madre, quieras o no te va a querer siempre. Aunque no lo demuestre tampoco ¿sabes?” (Amapola, 16 años)

O cuando se identifican con la madre en algún aspecto y se convierten en tan iguales que rivalizan. Es una relación tan de igual a igual, que se han desdibujado los límites. Ocurre sobre todo cuando la rivalidad es debida al dinero, o a cualquier otro aspecto de logro material.

“Llegamos a puntos muy fuertes, porque los dos somos enfermos psiquiátricos. (...) A mi madre la quiero mucho. Mucho no, muchísimo.(...) Lo que pasa es que la he utilizado demasiado. Me doy cuenta, soy consciente de ello, lo malo es que, las personas que te quieren pues, hay veces que, hay un refrán español lo dice, hay veces que la confianza da asco.” (Cosmo, 17 años)

Pero también existe la posibilidad de rivalizar con la madre confundiendo los roles y llegando a identificarse tanto con su pareja (en el caso de familias compuestas), que confundan los roles y los traspasen, aparentemente borrando la imagen del padre y justificándolo en varios argumentos: por la preocupación que demuestra por ella, porque es un hombre joven, porque está en casa, etc. Aunque también existe el peligro del enamoramiento. El de ella, confusa por su situación. Además con esto llegaría a vengarse de su madre, descargándose de la rabia. Por otro lado, considerar a la pareja de la madre como el propio padre, convierte la relación en una fantasía de familia feliz, posiblemente buscada por estos adolescentes.

“A. Se me olvida que tengo un padre. A veces se me olvida, y ¿sabes a quien le llamo aita desde hace un poco de tiempo? Al novio de mi madre

S. Esto me dijo tu madre también, que le llamabas aita

A. Y, un día mi ama me dijo —¿Por qué le llamas aita, si es el padre de tu hermano?—. No sé, me sale aita. Es mi padre, es, es mi padre ahora ¿sabes? Manel, TP (es el apodo), Manel, TP, siempre así. Pero, no sé. Ahora me da por llamarle aita. Y a veces, cuando se enfadaba conmigo me daba igual, —veté por ahí a vender mulos—. Me daba igual. Pero ahora se enfada y ya me jode más. Y no sé cómo decirte. Me fastidia, quiero aclarar las cosas con él.” (Amapola, 16 años)

En este momento, les cuesta reconocer la buena disposición materna, viéndola a través de los ojos de la carencia, de la distancia emocional sentida y de sentirse no queridos. Parten de una hipótesis principal, siempre quieren y esperan más. Cualquier cosa que hagan las madres será considerado insuficiente, mientras no se den cuenta de su predisposición a minusvalorar todo cuando hagan. Todo resulta poco. Cuando identifican la ambivalencia de la relación con sus madres, se dan cuenta de lo paradójico de su comportamiento en unas ocasiones, y en otros momentos atribuyen intenciones en los comportamientos de los otros, llegando a victimizarse sin ver soluciones más funcionales.

“Mi madre compra unas galletas para ella, otras galletas para mi hermano y ya no compra más galletas. Yo, por una parte, lo entiendo. Porque yo no vivo en su casa, pero yo voy los fines de semana. Y tengo que desayunar, y yo no tengo galletas para mí, porque no me puedo comer ni las galletas de mi hermano ni las suyas. Y me gustan las galletas, me gusta lo dulce.”

(Amapola, 16 años)

Además buscan argumentos, o alianzas argumentales con los profesionales, que justifiquen su necesidad de protección por su mala conducta. Es otra forma de

escondese y no afrontar su situación, aquello que les produce sufrimiento y a lo que se tienen que enfrentar abiertamente. Cuando puedan.

“A. Y la TTSS me dice que yo no estoy ahí por mí. Yo estoy ahí por ella también (se refiere a su madre)

S. Explícame esto

A. Pues porque yo no es que sea una chavala mala, sino que soy una chavala que tiene que ir tá tá tá tá; que le tienes que decir tienes que hacer esto, y si haces esto te doy tal ¿sabes? Y ella no lo hacía

S. O sea, las normas aquella que decías antes ¿no?

A. Eso es.” (Amapola, 16 años)

Con estos argumentos, disminuyen su autocrítica en un análisis más benévolo sobre su autoimagen, dejando la responsabilidad fuera de su control.

“Yo soy una persona, de buena, tonta. Y ella en plan, yo la pido algo y me dice ¡no! Y ella me pide algo (si le digo no) y ella me dice —bueno, luego ya verás—.” (Amapola, 16 años)

Curiosamente, cuando a las madres se les hacen tales exigencias, a los padres se les disculpa por hacer lo mismo que las madres. No hay una equivalencia de roles, posiblemente por el influjo cultural de su entorno.

“S. Oye ¿cuánto tiempo has vivido con tu padre?

R. No he vivido La verdad que no he vivido con mi padre siempre he vivido en centros y aunque tampoco he dormido con él, es una cosa que no me importa. O sea yo te digo no he vivido con mi madre, no he dormido con mi madre y eso me dolería; pero con mi padre no me importa porque se que él me ha querido. Ha estado conmigo jugando, hablando. Le he contado muchas cosas y al fin y al cabo mi padre ha sido también, pues una persona que he querido mucho. A mi madre, mi madre, pues la verdad que no, que

es distinto. Realmente él me ha cuidado y mi madre no. (...) Mi madre no es mi familia.” (Rosa, 15 años)

No ven la renuncia de los padres, a pesar de dolerse continuamente de ello en distintas formas: impulsividad, promiscuidad sexual en busca de alguien que la quiera y se preocupe por ellos y peleas por la decepción generada cuando intentan dominarles por la fuerza. Cambian radicalmente su estado de ánimo cuando sus padres les dan expectativas de reunión en un futuro próximo muy inmediato. Aunque estas promesas no suelen cumplirse, justifican, argumentan y disculpan todas las actuaciones del padre, fundamentándolo en su necesidad de trabajar. Así pues, algunos padres suelen ser figuras escasamente presentes, con los que hablan poco, limitándose su presencia a las actividades de ocio y tiempo libre. Incluso cuando están, su actitud es de ausencia, dejando a las madres las actitudes correctoras, limitadoras, coercitivas y orientadoras. Esta es también otra forma de educar.

“S. ¿Qué es lo que echas de menos tú, de tu padre?

A. ¡Nada! Si nunca he tenido nada de él. (...) De mi padre nunca he pensado. Me ha dado igual.” (Amapola, 16 años)

Dentro de esta falta de confianza, parece que necesita alianzas para frenar. Piden confianza y se aprovechan de ella para contar más experiencias. Es decir, la falta de confianza puede ser por falta de atrevimiento a contárselo a su madre generalmente; con ella siempre han demostrado tener más confianza, incluso para enfrentarse o despreciarla como forma de expresar la rabia, dolidos por su ausencia. Demuestran miedo para compartir una experiencia y un des-acostumbramiento al diálogo con los progenitores, por la bronca posible, por lo que piensen, como se demuestra a continuación.

“Qué va a pensar de tener un hijo así, sabes?” (Diego, 13 años)

O por las consecuencias que tendrá el relato de la experiencia vivida, tal como lo expresa la cita siguiente.

“Se enfadará mucho, mucho, mucho, mucho; de una forma salvaje del todo.” (Diego, 13 años)

La ruptura de la imagen positiva que tienen de ellos sus progenitores, supone el fin de los privilegios, el modelo para sus hermanos y la carga para los padres. Todo este sufrimiento traduce una gran carga emocional que requiere algún tipo de liberación, de salida. También dolor que pueden ocasionar en ella.

*“Malo para mi, para ella [se refiere a su madre], para el que lo escuche.”
(Diego, 13 años)*

Los adolescentes resumen su experiencia diciendo *“mis padres no me entienden”* (observación participante). Lo dicen incluso los adolescentes que no tienen TC.

“S. ¿Qué pasa para no querer, o no poder hablar, y quedarte ahí cerrada? Dices que ahora lo intentas pero que te cuesta eso de hablar...lo de callarte y no decir lo que sientes...”

D. Pues..., porque muchas veces lo he dicho y..., no me he sentido comprendida, ni respaldada. Y entonces pensaba, y pienso, para qué decirlo si no voy a conseguir nada... No me merece la pena

S. ¿En qué momento no te sientes respaldada? ¿con qué cosas no te sientes respaldada?

D. No sé... Pues..., cuando tengo alguna discusión sobre cómo me siento... O cuando tengo una discusión por la comida..., siento que no me comprenden. Ellos ven que... No sé. No ven un problema en que...por ejemplo, yo, antes, cuando me sentía mal, mal mal, ellos pensaban que era una cosa de la adolescencia, o lo que sea, con respecto a la comida, y ellos no veían la gravedad de..., o sea, de cómo me sentía yo. Ellos pensaban que era una cosa pasajera, y yo no me sentía comprendida.” (Dalia, 15 años)

V. Desde octubre hasta febrero seguían las cosas igual, pero para mí muy duras, porque en Arnótegui muy bien, pero en Nochevieja mis padres se enfadaron, y yo estaba súper-quemada... [ha empezado a llorar, muy emocionada, como si lo viviera en este momento] Yo estaba súper-dolida por mis cosas..., que veía que no me hacían caso y así... Que igual..., que no lo hacían a posta, pero... Y en Nochevieja me acuerdo que siempre había movidas para ir a Plentzia, porque ha habido Nocheviejas que las he pasado sin padre, porque mi padre se quedaba aquí porque se enfadaban [se refiere a los enfados del padre y la madre entre ellos]. Y... él pasaba solo la Nochevieja y nos íbamos mi ama mi hermana y yo

S. Y tú eso ¿cómo lo vivías?

V. Pues fatal..., porque veía que mis primos iban con toda su familia a comer en año nuevo y así [más llanto], y mi padre estaba solo en casa.”

(Verónica, 16 años)

Estas adolescentes, en este caso con trastorno de conducta alimentaria (TCA) ejemplifican como los padres, inmersos en sus problemas cotidianos, habituales unas veces y excepcionales otras, consideran a sus hijas suficientemente autónomas para estar solas más tiempo, retrasando o evitando así las conversaciones con ellas. O demostrar interés por ellas. Su evidente problemática, y la demostración de su sufrimiento, señala que no es así.

Cuando una persona no se siente entendida o no se entiende, tiene otro problema; buscar alguien con quien compartir su carga o buscar entenderse a sí misma. Porque mientras no se entiendan, no pueden hacer cosas para solucionarlo. Consideran que “*lo tienen todo*” y muchas veces se comparan con su propia infancia y adolescencia. Esto es lo que viven las adolescentes con características opuestas familiares, en el sentido de hipervigilancia y protección. Cuanto más estos otros, que han estado mucho menos supervisados y protegidos.

Algunos padres dan confianza a sus hijos cuando han mostrado no merecerla, manifestando una sobreprotección, sino dañina, si problemática para el aprendizaje del

afrontamiento de las dificultades y los problemas. La falta de complicidad del hijo con los progenitores, muestra una desatención a los pactos tanto como a los límites, así como una insistencia en mantener el liderazgo por encima de todo frente a los padres.

“La participación en la normativa es hacer cosas normales, levantarme, ducharme, hacerme la cama. Cosas que he ido aprendiendo aquí y que en mi casa no las hacía. No me duchaba todos los días. Tampoco me lavaba los dientes nunca y aquí me los lavo 4 veces al día. He llegado a estar un mes sin lavarme los dientes. Y me da vergüenza decirlo, pero te lo digo a ti porque estamos en confianza. He llegado a tener tanto sarro en los dientes como, no sé. Sin embargo aquí me los lavo 4 veces al día. Las normas me están viniendo bien porque me las estoy implantando yo a mi mismo, aunque no me las implanten mis padres me las implanto yo a mi mismo.”
(Cosmo, 17 años)

Las estrategias favoritas de los adolescentes con TC más sobreprotegidos son la charlatanería, manipulación, negociación, pactos, victimización. Son estrategias con las que los adultos “*se dejan*” engañar y se obligan a creer cuanto les dicen, porque quieren que así sea.

A veces, los adolescentes necesitan desahogarse y compartir “su peso” con alguien; por un lado, quieren hablar del entorno en el que están metidos y del que quieren salir. Es cuando suelen contárselo a los profesionales. Empiezan a darse cuenta de la necesidad de cambiar.

“Y mi aita cuando se enteraba cogía y me venía a mí a pedir cuentas, y yo se las daba. Le decía para qué era, se cabreaba más, y eso.” (Cosmo, 17 años)

“No se lo cuento para que a mí no me pase nada; tampoco porque, qué va a pensar de tener un hijo así, sabes?” (Diego, 13 años)

Lo que puede ocurrir a los padres en relación con sus hijos, tras un ingreso en salud mental, o cuando hay ya un contacto con estos profesionales, son tres cosas. En principio toleran más lo que le dicen. Este sería su cambio. Pero también suele ocurrir que los padres insistan menos y sería un cambio de los padres. O que ambos hayan hecho un poco de tregua en las insistencias y las reacciones, como dice Sabin (17 años).

“Ya no me dice nada, pero antes [me decía] con cualquier cosa de la casa, con cualquier problema, con cualquier tontería. Que estudie en el colegio, empezar a decirme, ahí cualquier cosa pues —recoge eso—, no sé. A mí no me gusta, no. Y muchas veces no tiene razón. Lo hace por tocar las narices es también.” (Sabin, 17 años)

En este sentido, cuando los profesionales de la salud desvelan a los padres las distintas fechorías, seguramente les obligan a elaborar todo más deprisa; el planteamiento de la necesidad de cambio, se convierte en realidad. La intención, al menos de los participantes en el presente estudio, parece que va por esta línea; la dificultad para cambiar encuentra el pretexto en “*los otros*”; las compañías consideradas inadecuadas. Pero el planteamiento de por qué buscan ellos esas compañías casi siempre queda arrinconado. Pone de manifiesto la dificultad, bien planteada por los demás, bien fantaseada por ellos mismos, en el sentido de entrenarse en las dificultades e insistir en respuestas negativas cada vez que aparecen: son los “*alejamientos sucesivos*” de lo que resulta peligroso, negativo o contraproducente para ellos, que es caer de nuevo en lo conocido y habitual.

“Mientras no venga ella y no le digas a ella nada de lo que hemos hablado, perfecto.” (Diego, 13 años)

Por otro lado, hay una exageración en el recuerdo y en el relato de las historias, respecto a robar, traficar, hackear y pegarse. Posiblemente en todo lo demás también. Pero este es su recuerdo. Queda demostrado en las afirmaciones contradictorias que suelen relatar y que Diego plasma perfectamente.

“Me protejo a mí; aunque joer, tampoco, tampoco es pasarse tanto. Yo que sé, alguna vez en mi vida sí que me he pegao.” (Diego, 13 años)

A la vez, este sobredimensionamiento es el que les ayuda a alejarse de estos mundos en los que se mueven. Aunque su visión muchas veces resulta idílicamente pueril. Sus experiencias se refieren a distintas edades, oscilando desde los 11 y 12 años, hasta los 16 y 17 de los más mayores.

La rivalidad con los padres encuentra entendimiento y alianzas entre los amigos. Con ellos se afianzan, comparten la intimidad de la que privan ahora a los padres. Es el momento de iniciar muchas conductas, de encontrar o mantener al “mejor amigo”, convirtiéndose en el referente más próximo. Los amigos además son la estructura de control ante los demás. El enfado, reactivamente atraviesa límites que la tranquilidad emocional respeta y les hacen tomar decisiones inadecuadas. Tal expresividad emocional supone un déficit educativo, y por tanto, puede ser subsanable.

4.3.3. SOLUCIONANDO LAS RELACIONES PARENTALES COMPLEJAS

Es la etapa que va marcando el final de la adolescencia y la entrada en la vida de adultos jóvenes. Muchas veces la edad cronológica no coincide con la madurez de las afirmaciones dadas. En ella recapitulan y ordenan la ruptura previa, recogen los aprendizajes obtenidos y se centran en su idea de familia, ahora ya como elaboración propia. A partir de este momento hay dos caminos. El primero, mejorar la relación y aprenden a encontrar el apoyo que buscaban.

“[Hablando del acoso que ha sentido en el instituto] Como yo no contaba las cosas..., mi madre estaba mal porque sabía que me pasaba algo, pero yo no lo contaba. Ahora mucho mejor. La relación con mi madre es muy

abierta. Hablo de todo con ella. (...) Para mí es como mi amiga, mi madre. Lo es todo.” (Camelia, 16 años)

El otro camino apunta hacia la escisión total, intentando no relacionarse con los progenitores, para nada. Su experiencia ha propiciado tomar estas decisiones. Son, generalmente, los más abandonados.

“Yo a mi madre le trato como si fuese una chavala igual que yo, claro. Yo a mi madre la mando a tomar por culo directamente.” (Rosa)

Generalmente, muestran un franco y abierto rechazo hacia la madre. He encontrado a lo largo de las transcripciones, que ante la ausencia o la renuncia explicadas en la primera categoría, con los padres ♂²² tienen más tolerancia. Seguro que ayuda a ello el significado social adquirido del concepto padre, ejerciendo distintas prácticas representativas y con significado de una posición ‘propia’ de su género, tales como poder, dominio, superioridad, fortaleza, virilidad, carencia de emociones y sentimientos⁽¹³²⁾. Frente a éste el concepto de madre, lleva implícitas muchas tareas del cuidado de los hijos: Hacer la comida, lavar y planchar la ropa, tener la casa a punto, hacer los deberes, acompañarles al parque, mostrar afecto, etc. Al concepto padre se le asignan tareas más llevaderas pero no menos importantes: normatividad, autoridad, ocio y tiempo libre. Con esto intentan inculcarles el esfuerzo y la dedicación a las distintas actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, en muchos momentos de su evolución, lo dedican, en exclusiva al ocio.

“Todos los domingos me iba a pescar con él.” (Mimosa, 22 años)

Cuando tocan las reprimendas o la obligación de asumir las consecuencias de comportamientos, la que lleva la voz cantante es la madre. Esto es únicamente una observación interpretativa. Ellos lo único que dicen es que se saltan las normas y no hay

²² Padres ♂. Se refiere sólo al padre, a su rol y a su imagen social, diferente del de la madre ♀

consecuencias negativas a esto. En su discurso reproducen esta laxitud en los límites o el entendimiento de lo que debe ser el disfrute de la juventud, pues cuando llega a casa tras 5 días de ausencia, no hay manifestación de preocupación por parte de los padres, o al menos, este es el significado que tiene para los chavales: “*ya vendrá; sabe cuidarse solo*”. Cuando vuelve a casa tras la fiesta nocturna, padre y madre están contentos porque sólo ha faltado un día. No hay bronca, ni afeamiento de su conducta. La única preocupación hace referencia al cansancio que pueda tener por el exceso que acaba de demostrar, como recuerda Cosmo, 17 años que le suelen indicar en casa cuando llega tras varios días sin aparecer.

“Mi ama me suele decir, —Vete a la cama y te levantas a las 8 o las 9 como un campeón—.” (Cosmo, 17 años)

En muchos casos, los padres están ausentes, como he expuesto en la categoría de infancia ausente. Pero esta ausencia no implica estar fuera del hogar familiar; su ausencia marca la presencia en la polémica y las discusiones, manteniéndose “de cuerpo presente”. Es como si el tema no fuese con ellos, pero aparentemente “tienen” la solución, a través de afirmaciones referidas al finalizar las visitas hospitalarias, en un simple “*Ya le digo yo a su madre*”, observado durante el tiempo de los ingresos hospitalarios. Ese “*su madre*”, y otras veces el uso de “*tu hijo*” es como que esa mujer nada tuviera que ver con ese hombre o como que ese padre, nada tuviera que ver con ese hijo. Así los padres se convierten en los grandes desconocidos para sus hijos. Los que intervienen en último término a través de la fuerza bruta, los que sólo contribuyen en una parte de la tarea productiva. Aunque es una forma de hablar, pone de manifiesto claramente la forma de relacionarse y, en cierta forma, la distancia existente a la hora de exigir las responsabilidades que el rol, clásicamente lleva asociadas. Esta exigencia les hace recurrir en ocasiones de desbordamiento, al castigo físico. Pegar para enseñar; para corregir, también para castigar, ensañar y desahogar la carga del día, la carga de la vida, la insatisfacción personal, la propia frustración. Responsabilizar a la parte más débil de lo que no sale bien, en la línea del arrepentimiento “Y si no tuviera hijos”, buscando lo inalcanzable (deshacerlos o deshacerse de ellos) cuando lo alcanzable (educarlos, mantenerlos, ayudarles a crecer), es cansado, y un aspecto más para cargar y desbordar

las exigencias de la vida. Sin embargo el hijo asume el enfado como provocado por él; es decir, la unidireccionalidad en la relación: portarse bien es sólo cosa de uno.

“Antes me daba un tortazo y ahora ya no me pega; antes me pegaba y ahora, hace tiempo ya no me pega. Le ha convencido mi madre de que dejara de pegarnos.” (Diego, 13 años)

Alguno rechaza totalmente a la madre y menos al padre, aunque haya demostrado actitudes y conductas similares. Sin embargo, cuando demuestran la más mínima aproximación afectiva, los adolescentes lo viven como un logro.

“Mi padre qué va a querer vivir conmigo. Es un friki de la vida.”
(Amapola, 16 años)

“[De pequeño] Discutía mucho con ella. Porque ella me decía algo, yo no la hacía caso, o la ignoraba, o la contestaba mal. Siempre me intentaba llevar todo a mi territorio, la llevaba la contraria. Pfff! Muy mal. Antes con mi madre muy mal, y con mi padre también, y mis hermanos con casi todos muy mal.” (Laurel, 18 años)

“S. Oye, ¿qué significa eso de —la experiencia de tener un padre—?”

R. No sé

S. Es que tu le das mucha importancia no? Dices —yo he tenido la experiencia de tener un padre y tu no—

R. Porque ella no lo ha conocido, sabes? Porque ella no ha pasado los momentos que he pasado yo con mi padre, cosas así

S. ¿Cuáles son esos momentos que has pasado tú?

R. Pues por ejemplo en el punto de encuentro cuando jugábamos y todo.”
(Rosa)

Respecto a los roles de género, los chicos se quejan, cuando tienen que hacer tareas domésticas que habitualmente hace la madre, tales como prepararse la comida cuando su madre no está en casa. Les resulta costoso. Están acostumbrados a que su madre haga todo en la casa. “*me lo hacen todo.*” (Diego, 13 años) Cuando tienen que hacerlo ellos están perdidos. Generalmente hay una reproducción del reparto social de tareas y la mínima colaboración obligatoria, choca con su educación machista: “*Las chicas estáis más acostumbradas a hacer las cosas de casa. A mí me cuesta mucho.*” (Sabin, 17 años) [Lo plasma tras la entrevista]. Esta misma idea vuelve a repetirla a la hora de pagar el metro; le ha costado mucho que sea yo quien lo haga. De hecho, en la vuelta quiere pagar él y argumenta que “*Las chicas no tendrían que pagar*” (Sabin, 17 años). Su convencimiento respecto a quién debe hacer qué tareas y quién otras diferentes, es lo que establece la diferencia de género.

[Estamos hablando del reparto de las tareas] Lo veo mal, lo veo mal. Pero mi padre eso no lo va a cambiar. Te lo digo fijo. O sea no lo va a cambiar. O sea se ha criado así. Ha sido así durante casi toda su vida o más Y ahora, por mucha ley que haiga, va a ser mi madre limpiar, mi madre hacer la comida y mi padre comer, dormir y ir a trabajar. No va a hacer más. Mi padre no va a cambiar. Así que igual hasta el último día de su vida. Es un buen tío, pero en ese sentido de —Apa vete a limpiar eso—. Dice —Ole; no—. Para esas cosas no tiene humor. Para que le digas —tienes que ayudar a limpiar, o tienes que poner la lavadora—. Oye alguna vez ha hecho la comida. Pero cuando se ha necesitado ¿sabes? Cuando ha visto que mi madre está bien, no se ha esforzado en nada. Es un poco machismo. Pero bueno, un machismo con buen rollo ¿sabes? No la maltrata a mi madre, que la trata como si la tuviera en un pedestal, pero en ese sentido de limpiar y comida, eso a mi padre no se lo puedes tocar.” (Laurel, 18 años)

Esta forma de educar a los hijos parte, posiblemente de la sobreprotección por la pena porque “*es pequeño y no sabe*”, o como comodidad en el sentido de ganar tiempo haciéndolo una misma, o el hogar limitado al poder de la mujer. Es la forma de reproducir los roles establecidos y mantenidos socialmente, manteniendo una

dependencia de otras personas que no hagan, instaurando un poder diferencial y una división del trabajo basado en el género.

“Porque de golpe tienes que hacerte tus cosas tú, tus responsabilidades. Habértelo hecho todo la mama, la mama, cuesta. Al regalarte todo en la mano pues luego, al querer hacerlo tú pues, cuesta un montón.” (Laurel, 18 años)

“No estoy acostumbrado a muchas obligaciones.” (Diego, 13 años)

Transmitiendo la comodidad de los chicos, no pueden aprender a ser corresponsables en las tareas domésticas, recurriendo a la ‘genética’, cuando está demostrado este argumento como falaz. Por otro lado, la no obligación no establece rutinas, ni límites, ni referencias claras para saber hasta dónde es posible llegar y de dónde no pasar. ¿Qué ocurre en casa para que ‘las obligaciones’ no estén asumidas como parte de lo cotidiano?

Querer a alguien tal como hijos, progenitores, pareja, es una cosa. Cuidar de estas personas es otra. Y cuidar en la medida que lo necesitan, otra más. La implicación que requiere el cuidado de personas a quien se quiere es una cuarta cosa diferente, que diferencia a las personas. A través de las relaciones familiares, se aprende, sobre todo las mujeres y cada vez más hombres, a cuidar a quien se quiere con una implicación directa en el cuidado de las necesidades más básicas.

El modelo tradicional de familia es el que prevalece, por lo general. O al menos el que estos adolescentes toman como referencia al expresar su añoranza. Aunque cada uno defenderá el que conoce, con el que ha crecido o en el que ha convivido. La propia familia es el modelo de normalidad, es el sistema social en el que se han criado y donde han aprendido mucho de lo que saben.

“S. Cómo es para ti una familia normal?”

C. Pues estar con tu padre y tu madre y tus hermanos.” (Camelia, 16 años)

Los modelos en los que se han fijado, sus padres, muchas veces presentan pocas alternativas de rigurosidad, afrontamiento y solución de problemas o dificultades. Lo que hacen es enfrentarse o inhibirse, defenderse o esperar sufriendo, a que pase el tiempo y la circunstancia. La supervisión es muy limitada. Cuando hay hermanos mayores, estos pueden ayudar al pequeño, asumiendo parte de la responsabilidad que los padres han claudicado, o desde siempre les ha superado.

“Mi madre y mi padre me han tratado de tú a tú, pero sólo en ciertas ocasiones, cuando me pasaba eso, mi madre me decía —¿Qué te pasa? noséqué nosécuántos—. Y yo —que no lo sé, que no puedo ir [al colegio] noséqué—. Y entonces me decía —pues hay que superarlo y tal y cual—. Y yo —pues sí pero es que no... puedo, es que no puedo y yo necesito ayuda—. Y me decía —pero es que yo no sé qué hacer...—. Y yo —ya lo sé ama, ya lo sé—. Y, por una parte era como de tú a tú pero por otra parte era como de madre a hija, y en mi casa...”. (Margarita, 13 años)

“Hay veces que me dice, —¡no puedes salir!—. Y yo, —venga mama—. Dice venga pero un rato ¿eh? —.” (Amapola, 16 años)

Hacer de los límites un capricho, modificable al gusto de cada uno, modela un funcionamiento caprichoso y confuso, sin claridad respecto a lo qué se puede hacer en cada momento y en función de qué.

Aprenden a acercarse/alejarse de su propia familia, basándose en las relaciones que han tenido, en el contacto que recuerdan y en las experiencias que más les ha impactado.

“[Mi hermano el mediano] es el que me ha puesto, el que me ha dado... jarabe de palo. No me ha pegado, pero me ha puesto... las cosas duras... estricto. Y si me tenía que castigar él, me castigaba. Mis padres no me han castigado, ni me han pegado, ni nada. Me encerraba en la habitación. Me

quitaba todo... la play..., la tele... Me dejaba ahí encerrado, con la llave... y de ahí no salía. Y ahí me dejaba hasta que... se aburriera. Ya veía que ya estaba tranquilo, y que ya podía hablar conmigo... y me daba lo que era mío. Y hablábamos, me contaba todo lo que hacía él... Lo que estaba haciendo en ese momento..., qué es lo que puedo mejorar, qué es lo que no. Qué tengo que hacer y qué no...” (Laurel, 18 años)

Es importante considerar que la transgresión a ciertos niveles sociales está bien vista y es lo que vende: los hacker informáticos y las empresas que se dedican a la infiltración en la intimidad de las personas para conseguir enriquecerse, a través de los correos-E, phishing²³ por ejemplo. O los “pelotazos” de determinados personajes públicos por lo que hacen y por cómo lo hacen (Belén Esteban). En este sentido, los adolescentes son fiel reflejo de la época que les toca vivir, viendo posibilidades donde, desde otra perspectiva se ve delito. Minimizan los límites como consecuencia de su edad, pero también como consecuencia de lo que están viviendo.

“Yo quiero hacer una carrera, mis padres los dos tienen carrera, uno arquitecto y mi padre es profesora de técnica en la universidad. O sea, yo quiero seguir sus pasos. Yo quiero hacer algo de informática, porque hago diseño asistido por ordenador en el cole y es lo que mejor se me da. Y bueno, meterme a Internet en plan hacker es lo que más me mola. Yo he hecho liadas por Internet.” (Cosmo, 17 años)

Así como las corruptelas y corrupciones en las que se ven implicados personajes muy populares, ponen de manifiesto la ausencia de valores (la fama sin merecerla), o la presencia clara de contravalores, la comunicación del doble mensaje, así como el funcionamiento pícaro, tan clásico en la literatura española que han dado éxito y renombre a sus autores. Es por ello que, posiblemente, el espejo social en el que se

²³ Phishing. Término informático dado a un tipo de delito en el ámbito de las estafas cibernéticas. Se comete a través de la adquisición de información confidencial de forma fraudulenta. A través de técnicas de ingeniería social, consiguen contraseñas o informaciones bancarias detalladas. El phisher, es el estafador. Se hace pasar por una persona o empresa de confianza en una aparente comunicación oficial bien a través de correo-e, mensajería instantánea o llamadas telefónicas.

reflejan los adolescentes con TC devuelva una imagen curiosa, y a veces paradójica. Pero como siempre, cuando el problema explota es cuando intenta atajarse de una forma incompleta. Resulta muy difícil solucionar problemas gestados y alimentados en el seno familiar, sin un claro apoyo a la familia en cuestión. En este sentido es necesario considerar que, muchas de estas familias tienen un marcado funcionamiento inmaduro e irresponsable, en nada diferente al de épocas pretéritas o de lugares aparentemente alejados. En ellas, los hijos en la familia eran y son el sustento económico; muchas veces la moneda de cambio para la supervivencia del grupo, con independencia de la consideración de la calidad de vida de cada uno de sus miembros. Los niños que trabajando jornadas interminables; o las niñas, y también niños, utilizadas para el alivio sexual de alguien con dinero, a veces con conciencia, pero sin escrúpulos de lo que supone abusar, ganan un ínfimo jornal para poder comer.

Ejemplos que ponen de manifiesto lo hasta aquí enumerado los tenemos con sólo mirar nuestro entorno, queriendo ver lo que se mueve entre bambalinas.

Los amigos son los referentes positivos que colaboran en los malos momentos para participar en la *"salida del bache"*. Pero la salida del bache se convierte en la entrada en otro, al dejarse llevar por una vorágine de sinrazón y descontrol. Progresivamente adquirirán el liderazgo de su vida, cuando sean capaces de analizar, criticar y rechazar estas amistades peligrosas, cambiando de ambiente y de amistades.

"Este año que estoy como empezando a pensar más, a darme cuenta de lo que hago, pues con la cuadrilla esta que empieza a robar, que se mete en drogas y eso pues yo paso." (Diego, 13 años)

"Eres una cría inocente, cuando entonces, entonces [con 14 años] no sabes lo que te van a hacer. Más que meterte un ácido en un porro. Es que me parece muy mal" (Mimosa, 22 años)

“Yo en el colegio no tengo cuadrilla. Yo voy a lo que voy. Yo tengo un moro, que hablo con él...y ya está, y con alguno de Portu y por ahí que tiene mi edad, pero no... Yo no voy con cualquiera.” (Sabin, 17 años)

“Las compañías con las que iba, [sabes lo que te digo y que eran malas compañías], que ya no ando con esa gente. Porque me empecé a juntar con latinos, latinos y me empezamos ya intentar ya a decir ya —metete, metete, metete—, y ya siempre me metía. Y ya luego, cuando quieres dejarlo todo y pues, decidí cambiar de compañía. Porque el problema no era la droga, el problema era las compañías que tenía y lo tonta que era yo. Joder porque me decían —toma, toma, toma—, y yo como tonta tomo. Porque cuando a veces ya estás un poco borrachilla, o algo, y ya te pueden decir —métete esto—, aunque sea una planta picada y fuff. Yo pensaba que eran, amigos entre comillas, pero los amigos no se cuentan ni con la palma de la mano.” (Valeria, 17 años)

Diferenciar amigos y conocidos supone evolucionar. Es el progreso adquirido con el aprendizaje y la comprensión de su realidad y de su sufrimiento; en definitiva su desarrollo. Con él romperán con los planteamientos exclusivamente parentales y empezarán a incluir otros.

“No me gusta ir con la misma gente, cuando veo algo que no me gusta me cambio.” (Diego, 13 años)

“Las cosas cambian. Tú entiendes como humano.” (Margarita, 13 años)

“Yo con los amigos y con las monjas soy muy cariñosa. No sé cómo les quiero; les quiero sin más, no creo que sea algo raro o especial, no sé. Mucha gente es igual, cuando yo le doy cariño pues está bien ¿sabes? Se muestra bien, la mayoría. O sea que tampoco debe ser demasiado raro, digo yo.” (Petunia, 18 años)

“Yo en el colegio estoy siempre con gente; no estoy solo nunca.” (Adolfo, 14 años)

“S. ¿Son más importantes los padres o los amigos?”

J. Los dos ¿no? Pero, los buenos amigos, pues los buenos amigos siempre están. No les importa lo que hagas, y los buenos te dirán lo que es bueno y lo que es malo. Te advertirán” (Jacinto, 16 años)

Este aprendizaje realizado desde la experiencia, sigue los mismos patrones que todo su aprendizaje: la observación, la imitación, la repetición, el análisis y la crítica para llegar a tomar las decisiones finales.

“Sabes lo que te digo y que eran malas compañías. Fíjate que mucha gente que andábamos con la gente que andaba yo han dejado de hablar; ahora cada uno va por su lado y alguno sigue en el grupito. Mi prima y yo por ejemplo no seguimos allí. Y estoy mucho mejor. Todo el mundo me decía las compañías las compañías y yo siempre decía no, no, no y hasta que no me di la hostia y no me di cuenta, era todo que no. Les llevaba la contraria y tenían razón en todo, claro. Siempre tienen razón en todo lo que pasa que yo no me doy cuenta y entonces me doy la hostia; siempre me pasa lo mismo, hasta que no me doy la hostia no me doy cuenta de las cosas.” (Valeria, 17 años)

“Este año que estoy como empezando a pensar más, a darme cuenta de lo que hago, pues con la cuadrilla esta que empieza a robar, que se mete en drogas y eso. Pues yo paso.” (Diego, 13 años)

Una vez hecho todo esto, se produce un cambio en su vida y en su nivel de madurez, llegando a reconocer algunas cosas que, inicialmente se consideraban imposibles. Esta subcategoría se denomina así precisamente, *reconocer*.

4.3.3.1. RECONOCER

A medida que se van haciendo mayores, reconocen algunas cosas. Reconocen la importancia de los límites para el aprendizaje, para orientarse y se lamentan de su ausencia. Incluso alguno hace una afirmación más rigurosa.

“A veces una bofetada a tiempo nunca viene mal; si haces algo mal, pues aprender y ir correcta por la vida. A mí nunca me reprendieron y me pasaba todo por el pito un sereno. Es lo que pasa luego con la adolescencia, los jóvenes; lo peor.” (Mimosa, 22 años)

“Esto me da miedo, porque si yo tuviese un hijo así, lo mataba.” (Cosmo, 17 años)

“L. He sido el mimado la verdad que sí

S. Y en qué se traduce ese ‘ser mimado’?

L. Pues en que me han dado todo, para mí el primero

S. te han dado todo y entonces?

L. Me he esforzado menos, me ha costado todo menos, pero ahora me cuesta más ser persona.” (Laurel, 18 años)

Algunos también reconocen que la relación con sus padres ha sido buena mientras no les han puesto límites, después de reconocer lo anterior.

“Bueno, con mis padres, la relación ha sido buena, pero hemos tenido épocas muy malas, en plan malísimas. En plan de déficits económicos en casa y todo el royo que eso es lo malo. En casa yo a escondidas le pedía mogollón de dinero a mi ama, a escondidas de mi aita.” (Cosmo, 17 años)

“Mis padres conmigo muy bien ¿eh? O sea, mi madre nunca me ha puesto la mano encima, y mi padre tampoco, o sea que tenían motivos alguna vez

para reprenderme, pero nada. Así he salido yo, de rebelde.” (Mimosa, 22 años)

Otro reconocimiento que hacen, es haber entendido finalmente el dicho clásico “*lo hago por tú bien*”, porque cuesta hacerlo, sobre todo cuando esto les priva de “*estar con*” ellos. Y aún más cuando no hubo sintonía entre todos los adultos del entorno más próximo.

S. Hasta que has aprendido “esto lo hace por mí”, qué te pasaba?

C. Que hablaba con mi abuela y, pues que le juzgaba

S. En qué sentido?

C. Pues como mi abuela empezaba a decir cosas de mi madre, y al final yo también terminaba diciendo que..., pues que trabajaba y que quería más al trabajo que a mí...

S. ¿Qué cosas dice tu abuela?

C. Pues me decía..., —La puta tienda de tu madre va a caer con ella y va a hacer que caigamos todo los demás... —

S. ¿Y por qué decía esto tu abuela?

C. Pues porque no..., yo..., con mi madre no me veía casi.” (Camelia, 16 años)

La influencia negativa del cuidado de las abuelas, cuando se sienten esclavizadas cuidando a sus nietos, pero a la vez no son capaces de decir no, modelan también una forma de enfrentarse a la vida, una forma vulnerable y victimista, nada asertiva en definitiva. Reafirma el aprendizaje de la impotencia y la sumisión al abuso de las que he hablado en la primera categoría.

El rechazo hacia los progenitores también genera malestar, porque existe una lucha por equilibrar el rechazo expresado y la necesidad de su afecto. Dan solución al problema del reencuentro y el resentimiento, exigiendo un compromiso de continuidad con el contacto. Lo ven sencillo. A veces no entienden la enfermedad psíquica de sus

progenitores como argumento para ausentarse y lo consideran más bien una falta de voluntad. Tampoco entienden la propia necesidad; más bien la niegan, acumulando más resentimiento. Cada nueva desaparición, surge rabia y angustia de abandono; ahora en forma de enfado y resentimiento. Sus herramientas son distintas y más que las disponibles cuando eran niños. Por un lado tienen más experiencia y por otro se han acostumbrado a vivir sin su familia, contando con el afecto y el apoyo de sus otros familiares; pero también de monitores y otros profesionales.

“Ella [la abuela] quiere que esté con ella (la madre) que hable con ella al menos; pero yo es que ni hablar con ella; no, no me importa.” (Adolfo, 14 años)

“Sabes lo que no me cuadra, bueno si es que no es que no me cuadre porque; porque de pequeña me maltrataba a mí y a mi hermano le quería mucho. Y ahora sólo me quiere a mí, y a mi hermano que le den por culo. Es que, es lo que no entiendo porque después de tantos años viene detrás de mí, cuando fue a mí a la que me pegó, a la que me maltrató, a la que me dejó desnuda para coger la bronquitis.” (Valeria, 17 años)

S. ¿Cuál sería para ti la experiencia ideal de tener madre ¿Cómo te gustaría a ti la experiencia de tener madre? Tú en tu cabeza

R. Es que realmente te digo la verdad no me gustaría tener una madre

S. No te gustaría tener una madre sin embargo a tu tía La llamas ama ¿no?

R. No tía [No quiere dar el brazo a torcer]

S. Tía, a tu abuela la llamas ama

R. Si ama, amama [Rápida con las palabras]

S. Entonces, cual es esa experiencia

R. No sé, yo a mi madre la llamo ama, pero sin más [Se mantiene en una resistencia feroz en sus planteamientos].” (Rosa, 15 años)

Reconocen por fin que los consejos, o las imposiciones como dejar de consumir cannabis, por ejemplo, cuando los padres están más presentes, no las hacen “*para fastidiar*”, sino para orientar.

“S. Cuando dices que te pones cabezón, no te dejas ayudar. Eso como se puede cambiar?”

J. ¿Eso? Yo ya me he dado cuenta de que..., si te dicen una cosa... los padres, y los amigos pues depende, que es por tu bien ¿no? Entonces...”
(Jacinto, 16 años)

“Yo creo que, como ven que voy a hacer yo un intento, y me están ayudando mis amigos, pues... mejor. Mis padres ya me están ayudando, me dan otras posibilidades ¿no? Me dijeron que si quería meterme en un centro de desintoxicación, y eso, y yo les dije como sí. Pero luego... como me dijeron mis amigos que me iban a ayudar y tal, pues les dije que..., pues que eso..., que quería hacerlo yo unas semanas, yo solo, a ver si podía hacerlo, y si no puedo hacerlo, pues entonces pediré ayuda.” (Jacinto, 16 años)

Reconocen el afecto hacia los padres, excepto los que han decidido la ruptura como vía para superar el sufrimiento. Las preferencias son diferentes. Unos quieren más al padre y otros a la madre. Estas referencias también modelan y moldean las conductas en un sentido o en otro.

“Pufff ¡Cómo no la voy a querer!, sí que la quiero, es a la persona que más quiero; bueno a ella y a mi sobrinos.” (Mimosa, 22 años)

“Yo con mi madre, como no la quiero, sabes? Yo paso de ella. Entonces yo siempre he dicho que, donde estaría mi padre que se quite mi madre. Y yo ya he dicho que si yo el día que me muera me voy a enterrar con mi padre, así.” (Rosa, 15 años)

“S. ¿Y qué hace tu madre para que estés orgullosa de ella?”

C. Lo luchadora y todo que es... Porque siempre ha tirado de nosotros adelante...” (Camelia, 16 años)

A veces declaran no ser conscientes de lo que les hace enfrentarse o disgustarles de sus progenitores. El enfrentamiento parece más irracional o inconsciente, cuando no reconocen la emoción que sustenta tal decisión, la necesidad de su afecto y proximidad. Es importante considerar también que muchas veces, carecer del afecto y la proximidad del padre es tan devastador como cuando carecen de los de la madre. Pero esto es menos reconocido. Parece que estando la madre, se justifican todas las demás ausencias.

“Paso de él, pasaba de él. Pfff. Es que, como lo que hacía, ¿ya sabes? pues yo que sé, le obedecía poco; o yo que sé. Es que paso de él. Ahora, [la relación con el padre] sigue igual parecida.” (Sabin, 17 años)

“El padre es una figura ausente que interviene cuando la madre le pide ayuda para la contención; mientras tanto, él mismo dice que —yo no ando con tantos miramientos como anda su madre — ” . (Observación participante Sabin, 17 años)

“No respetas a tu madre, nada de respetar. Yo cuando era una cría de 13-14 años, no la respetaba, la mandaba a tomar por el culo.” (Mimosa, 22 años)

“Y tener un padre es como, no se tener, no sé como un hermano mayor. ... Pero no es igual que tener una madre.” (Rosa)

Cuando se indaga más en la información aportada, es fácil ver cómo esta falta de respeto se debe precisamente a la demostración de su necesidad carente. Necesitan hacer todo un recorrido para entender la situación de la madre y sus propias necesidades, así como la de la familia. También es un aspecto más de la maduración evolutiva, apareciendo además del respeto, el afecto, la colaboración, el cuidado y la

recompensa. Un aspecto más de la desaparición de la rebeldía, de la aceptación de su situación.

“Hoy en día ayudo a mi madre, voy al supermercado, ayudo en casa, y la hago regalos y todo.” (Mimosa, 22 años)

“Mi padre es un tío gracioso ... que le gusta mucho la mecánica ... y ... que lo vive mucho cuando estoy con él arreglando cualquier cosa de mi moto, y tal. Y que es muy feliz, y le gusta contar chistes, y estar de buen rollo y reírse. Eso es lo que pienso de él. Que es un buen tío. Un buen padre también, pero en el sentido de amistad y así es un buen tío, se lleva bien con cualquiera, no le hace falta discutir con nadie ... No sé, ... es alegre. Pero esto es así desde el año pasado o así. Cuando era pequeño, un cabrón; no me llevaba bien con él.” (Laurel, 18 años)

Ahora ya buscan argumentos para entender su situación y a sus padres, reconociendo la expresión de afecto en lo material, cuando lo afectivo está inexpressado o muy desdibujado a través del intercambio material. Lo contrario, criticar a sus padres, puede generar sentimiento de culpabilidad.

“A mi madre la quiero mucho. Mucho no, muchísimo.” (Cosmo, 17 años)

Y a veces encuentran argumentos para justificar el proceso, poderlo entender y asumir finalmente.

“Yo creo que influye mucho que haya nacido mi hermano para que ella esté aprendiendo a quererme.” (Amapola, 16 años)

“Me da igual lo que haga con su vida, sabes? Mientras que no perjudique la vida de mis hermanos pequeños, va bien el día. Porque a mí me han dicho que les han visto a las doce de la noche en la calle y sabes? A mí eso no me gusta, porque un niño de ocho años o de nueve o de diez tiene que

estar a las nueve de la noche durmiendo, porque al día siguiente hay colegio, sabes?” (Rosa)

El ejemplo de los progenitores y la repercusión sobre la experiencia de los adolescentes en forma de sufrimiento, es determinante para rechazar el consumo de drogas. En cierto sentido, el modelo planteado es rechazado claramente, a partir del devaneo seductor que han mantenido con experiencias exploratorias en consumos de sustancias tales como alcohol o cannabis.

“S. ¿Te compraste droga?

A. No, no. ¡Yo droga? ¿pa'qué?! Pa'cabar como mi madre que tiene la cabeza así y luego con un bombo así de toda la coca ¡no te jode...!”
(Amapola, 16 años)

“Pues si también encima que cada vez que empiezo a pensar el pasado y recuerdo cuando a mi me dicen —toma métete esto—; —uhy qué va métetelo tú—. Porque yo ahora me acuerdo de mi madre y me da un ejemplo, vamos. A saber si se ha pinchao o no se ha pinchao. Pues yo creo que se habrá pinchao. Yo creo que sí.” (Valeria, 17 años)

“Y... mi primo ha estado a punto de seguir sus pasos [Está hablando de la época consumidora de su padre]. Y no le. O sea, a mi primo sí que no se lo he permitido. A mis primos nunca les he permitido eso. Que aunque son mayores de edad, son mis primos y me duele. Me duele porque..., me dices que eso es muy guay. ¡Tú ríete de la vida; yo no! Pero... siendo mi familia..., yo no quiero perder a mis primos. Mis primos mayores, son como mis hermanos. Son los que más saben de mi.” (Margarita, 13 años)

Hasta aquí se ha visto el proceso complejo en que se convierten las relaciones parentales durante la adolescencia de estos adolescentes con TC. En la siguiente categoría se exponen las manifestaciones del sufrimiento, lo que demuestra cómo lo están pasando estos adolescentes, la manera de conocer la existencia de sufrimiento.

Estas manifestaciones resultan útiles a los adolescentes como indicadores, porque les ayuda a orientarse y tener sensación de control.

4.4. MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO

En la categoría manifestaciones del sufrimiento, los adolescentes muestran las estrategias que siguen y expresan en todas las facetas de su vida. Tales estrategias las he identificado observando la relación familiar y las relaciones con iguales. La repercusión del sufrimiento es clara también en el rendimiento escolar. El denominado fracaso escolar es habitual en estos adolescentes. Se muestran desatentos, despistados, aburridos y desinteresados. En definitiva, aparentan desmotivación. ¿Qué les desmotiva? Por un lado el aburrimiento en clase. Por otro, los problemas que tienen con sus compañeros y con sus padres. Empiezan a pensar en otras posibilidades.

Parece que con sus manifestaciones, insisten en subrayar la necesidad de tener y/o buscar apoyo. Pueden ser los indicadores del inicio de un problema. Manifiestan así su frustración, impotencia y sentimiento de minusvalía por no saber hacerlo de otra forma y no tener alguien que les oriente en este sentido. Demuestran así su necesidad de alguien que les lleve de la mano, les ayude a hacer los deberes, les insista haciendo con ellos. Aún no han aprendido a ser autónomos con el propio esfuerzo. Esto es también un hábito que debe adquirirse. Por otro lado, el esfuerzo es frustración porque no consiguen alcanzar a completar la tarea; cualquier demanda es demasiada porque no tienen una rutina establecida, un hábito de trabajo. Su refugio, muchas veces, es la fantasía "*si me pongo las pilas sí, pero ahora no quiero; cuando quiera lo consigo*" (Memo de observación). Sin darse cuenta que el tiempo que pierden es tiempo que ayuda a desmotivar el esfuerzo. Es una defensa a su mermada autoestima.

Las tres subcategorías que emergen de estos indicadores del sufrimiento son las que se nombran en las siguientes líneas

- *Emociones que prevalecen*
- *Dificultades con los estudios*
- *Refugiarse en gustos y aficiones*

El modelo que representa esta categoría y sus relaciones con las subcategorías que la completan, aparece en la imagen siguiente, señalado como Figura 5.

Figura 5. Manifestaciones del sufrimiento



Se explican las emociones que prevalecen tras las primeras experiencias problemáticas de estos adolescentes.

4.4.1. EMOCIONES QUE PREVALECEN

Las primeras experiencias problemáticas son el punto de partida que los adolescentes identifican para justificar su mal comportamiento. Cuando son pequeños, con 10 u 11 años, no saben qué les pasa. En ellas hacen alusión al impacto emocional de su experiencia y al apoyo que han recibido para poderlas afrontar y aprender a superarlas. Agrupa algunas afirmaciones emergidas de tres códigos vivos, **“crecer mal”**, **“me portaba mal”** o **“nunca olvidas”**. Ellas justifican los distintos comportamientos problemáticos. A ellos les atribuyen la responsabilidad de los comportamientos erráticos, autodestructivos y/o violentos. Superada la ansiedad del reconocimiento inicial, las reflejan en las siguientes afirmaciones.

“Cuando me empecé ya a crecer mal, pero cuando empecé a crecer ya más, ya empezó a pegarme pero porque también éramos malos mi hermano y yo pero que siempre discutíamos mi hermano y yo.” (Valeria, 17 años)

“De pequeño me portaba mal y estaba castigado. Y me llevaron interno a un colegio, lejos, en Galicia.” (Sabin, 17 años)

“Hombre son cosas que nunca olvidas eso. Se te puede pasar la angustia un poco pero, nunca lo olvidas. Hombre, son cosas que pasan, todo el mundo no vive de rosas.” (Mimosa, 22 años)

En las citas se pone de manifiesto, la forma en que han internalizado los mensajes trasladados por los adultos, dividiendo en buenos y malos los comportamientos. No dicen cuándo o cuánto de lo que hacen, ni subrayan las dificultades con que se encuentran para hacer lo que hacen o las orientaciones para encauzarlas. Por lo tanto, son pocas las orientaciones que se dan hacia cómo pueden mejorar y qué pueden hacer en este sentido.

“Cuando estaba con mis abuelos... no es como estar con mis padres. Porque... mis abuelos me han enseñado a ser: —persevera no sé qué—, centrada en que en vez de en hacer todo perfecto, tú lo intentas, y ya cuando te salga perfecto ya lo dejas. Pero, mmm, no sé. Mis padres han sido siempre como unos profesores más. Porque me decían —esto lo haces mal y vete a corregirlo—. Impresionante.” (Margarita, 13 años)

De nuevo las palabras de Sabin y de Jacinto expresan cómo la desmotivación y el aburrimiento es recompensado, en un intento paradójico de poner límites, con lo que están acostumbrados a hacer, estar solos y fuera de cualquier límite.

“Su- Y en el cole... Cuéntame la experiencia en el cole. ¿Qué hacías?

Sa- La liaba mucho, me echaban mucho...

Su- ¿Las liabas? ¿Qué hacías?

Sa- Jodía al que estaba al lado mío y al profesor, que terminaba echándome a la calle

Su- O sea, que cuando la liabas, decía el profesor “K. a la calle”

Sa- Sí

Su- Ya ¿qué te hubiese gustado que hiciera el profesor?

Sa- Pues, no sé Hombre, pues nada. Si me porto mal

Su- Tú ves normal, que estuvieses en la calle

Sa- Si me porto mal...” (Sabin, 17 años)

“S. qué solías hacer en el cole, con 12 años

J. Pues molestaren clase, o simplemente le decía al profesor a ver si me podía ir a la calle

S. Y en esa molestia ¿qué es lo que hacías?

J. Empezaba a hablar, empezaba a silbar. Cosas de esas para provocar.” (Jacinto, 16 años)

“L. No me gustaba el cole, la verdad

S. ¿qué es lo que querías hacer en lugar de ir al cole?

A la mañana dormir, y, no sé, después estar con mis animales.” (Laurel, 18 años)

Como digo, las citadas como primeras experiencias problemáticas, reflejan las emociones que prevalecen en estos adolescentes, por su experiencia tanto como por su momento vital. Por una lado el miedo y la impotencia. Por otro, la rabia, el resentimiento y la agresividad.

El miedo provoca inseguridad e intranquilidad. Viven en alerta permanente, con sensación de amenaza en cualquier situación y buscando la forma de defenderse de las posibilidades que surgen o piensan.

“Jó, pues ha sido una vida, así... jó, pues vivir, así, bfff, con miedos y comerte mucho la cabeza por las cosas que pasan, o qué te puede pasar. Hombre, esos miedos te provoca ansiedad, pánico, muchas cosas. Muchas cosas encadenadas. Muchas, muchas, muchas.” (Mimosa, 22 años)

Por ejemplo, se bloquean cuando se sienten evaluados y observados. Esto suele ser común en muchas personas. Más aún cuando no han adquirido una seguridad que les tranquilice. Por otro lado, empezar a hablar de las cosas dolorosas, empieza a generar bloqueo por resistencia, por dolor, por la cantidad de ellas que hacen perderse en la multitud.

El miedo también desencadena rabia, y como tal, provoca enfrentamientos con aquellos que lo desencadenan. La mayor predisposición en estos adolescentes, se debe al entorno en que se mueven, más que pensar en planteamientos genéticos que no se han demostrado. Este miedo predispone a tener un nivel elevado de activación neurofisiológica.

Se contienen precariamente en una situación emocional que acumula un pensamiento hostil, fundamentado en el recuerdo anclado, tal y como explican las citas.

“Yo, por ejemplo, a los dos meses de vivir con ella, se la lié completa. Cogí, rompí la habitación entera. El armario, lo tiré. A martillazos, rompí el armario. Cogí la cama, la reventé; me enzarzaba con ella todos los días. No había día que no me quisiese pegar con ella. Un día le quise enganchar y romperla la tapa de los sesos.” (Amapola, 16 años)

No saben de qué forma expresar esa rabia, porque su gran carencia es no tener la atención de sus padres. En su vulnerabilidad, se han acostumbrado a “defender su territorio” con agresividad, para no perder más cosas, cuando han perdido a las personas más importantes: sus padres. Algunos nunca los han tenido. pérdida o un no tener con los padres presentes, que parece no han sabido acercarse a sus hijos o mostrarles su interés y amor por ellos.

“Era rabia, una rabia muy grande. Eran 12 años viniendo al pueblo y en vez de comprarle cosas a su hija, se las compraba a sus sobrinos, o a los hijos de sus primas. Y a mí eso me jodía mucho. Y que cogía, y se llevaba a sus primos, a los niños por ahí...al parque y a mí me dejaba siempre con mi abuela.” (Amapola, 16 años)

“Llega un punto que mi cerebro, al procesar tantas cosas, dice “¡¡basta!! Que no puedo más!” (Margarita, 13 años)

Otra forma de activarse la rabia de forma reactiva a la frustración, es cuando tienen que hacer obligatoriamente las cosas establecidas por una autoridad superior, que no reconocen como tal.

“Jo, si es ya muy grave, vale. Pero si es como mi caso. Pero si ahora me dan ganas de golpear a todo, sobre todo donde estoy.[Está en un centro de protección al menor]” (Margarita, 13 años)

Incluso suelen establecer alianzas con sus padres, a pesar de ser los más vulnerables y estar desprotegidos con ellos. Sin embargo, se aferran a lo que conocen y quieren, aunque no consigan establecer la relación que ellos necesitan.

Sus padres les suelen tratar como si fueran amigos, más que hijos a quien proteger. Y a veces casi invierten los roles, siendo los hijos quienes cuidan y orientan a los padres. Esto no sería problemático si no fuera por las edades a las que lo hacen.

“Y yo diciendo —que no, que no, que no puedes ir, que no puede ser, no sé qué—. Cuando estás cabreada. No sé, te supera.” (Margarita, 13 años)

Tienen una malísima gestión de la rabia. No han aprendido a identificarla. Consecuentemente, no saben establecer el momento de inicio y tampoco las estrategias alternativas para controlarla y aguantarla. Se sienten desbordados en ella.

“S. ¿Qué haces para sacar esa rabia?”

A. Nada, la aguanto. El día que explote, verás” (Amapola, 16 años)

“No es que te distraigas. Es, se te nubla todo. Como si te taparan los ojos y no puedas ver nunca más y hasta que no solucionas el problema, primero contigo y luego con los demás, no se te quita lo nublado. Porque parece muy fácil decir —bueno pues—. Y no.” (Margarita, 13 años)

“Explotar”, “saltar” o “reventar” son las metáforas utilizadas para describir un estado emocional de intensa activación que potencia pensamientos que anticipan escenas violentas con intención destructiva. Se ejemplifica con las referencias que hablan de “Tsunamis”, “monstruitos” o “se la lié”. Son los momentos en los que la rabia bloquea el pensamiento y les lleva al enfrentamiento irracional y defensivo.

“Llega un punto que mi cerebro, al procesar tantas cosas, dice —¡¡basta!! Que no puedo más!!—. Se me bloquea el cerebro, y se me nubla todo y,

surge un tsunami, por lo menos. Sí, pero no en la mente.” (Margarita, 13 años)

“Si llevas ya rayado todo el día igual y algo te hace saltar, pues, lo mismo yo. Todos tenemos un tope. Pues ya está.” (Sabin, 17 años)

“Yo me he pegado con dos. Con una gitana que me vino buscando desde la mañana. Yo no quería, que me dijo —quítate las gafas que te voy a pegar y no quiero pagarlas—. —No me da la gana—, le dije —no me da la gana chica vete por ahí, un moco—. —A mí no me contestes—. Iba a sexto de primaria, a primero de la eso y dice, bueno total que paso. Era un miércoles, me vino ella y tres cuatro chavalas más. Ellas súper majas y todo; ellas no me hicieron nada. Y coge y ya de repente me dice —mecagüen tus muertos—. Y yo ahí pues dije —mecagüen los tuyos—. La metí un guantazo, la enganche de los pelos. Pim, pam, contra una barandilla. La empecé a pegar, una brecha aquí [se señala la frente]. Es que, lo primero que vi, una barandilla, pim, pam, pim, pam, contra la barandilla. —Para, para, para—. Sangraba de la cabeza, de la nariz; la arranque los pendientes y todo. Y luego vinieron la policía, la ambulancia, todos. [Se ríe y se crece con el recuerdo]. Y me dicen --¿quieres poner una denuncia? Y yo jajajaja no, no déjame de denuncias, después que la he reventado. Si pude pegarla, ¿cómo voy a ponerle una denuncia?” (Rosa, 15 años)

El hecho de pegarse les hace relajarse, sentirse triunfadores. Un indicador de su éxito que le orienta para detenerse, o no continuar la pelea es la presencia de sangre; es a la vez un trofeo. No hacen crítica de la pelea, lo ven como normal cuando se traspasa una barrera. No hay posibilidades de discusiones verbales, de autocontrol, porque hay mucha ira en su vida, mucho rencor, mucho miedo, demasiada soledad, muchas carencias. Se encuentran solos con sus posibilidades y éstas son demasiado primitivas. La justicia, las denuncias, etc. son cosas más elaboradas que no tienen nada que ver con las peleas por la supervivencia en un entorno percibido como hostil.

Han aprendido, y con ello se refuerzan las respuestas agresivas, a aliviarse a través de las peleas. En ellas descargan toda la fuerza, toda la tensión muscular que acumulan con la rabia.

“S. Qué piensas cuando te pegas con alguien?”

R. No piensas en nada solo piensas en reventarla.” (Rosa, 15 años)

“Para solucionarlo es mejor también poder hablarlo y no poder dar a todos. Cada vez que lo acumulo, cada vez es peor porque más rabia acumulo y cada vez que me da un ataque, tengo que pegar si o si. En casa he llegado a dar portazos y romper marcos y todo. Estaba yo ya emparanoyada y venía mi madre y me emparanoyaba mucho más.”

(Margarita, 13 años)

“De todas maneras aunque me hayan roto lacara mientras yo le haya dado, le haya pellizcado, ya me siento yo orgulloso, porque también he dado.”

(Diego, 13 años)

Sin embargo, a medida que se van haciendo mayores, los motivos de las discusiones y las peleas les avergüenzan. Es cuando empiezan a trivializarlos, justificándolos en la ropa, el orden de las cosas o la higiene personal, por ejemplo. Dejan de ver la oposición que ponen a los límites y la desobediencia a las indicaciones que les dan los mayores: padres, abuelos, monitores o maestros. Por un lado están demasiado acostumbrados a decidir por sí mismos; por otro, los problemas en el colegio o en el instituto les desbordan y descargan en casa toda la rabia acumulada, en forma de agresividad, cuando no es posible pegarse en el colegio con sus compañeros o conseguir lo que quiere.

“[Hablando de la relación con su madre] Hasta la he llegado a amenazar con un cuchillo así.” (Amapola, 16 años)

Su descontrol es la demostración de estar en manos de otros. Demuestran con ella su

necesidad de más ayuda, explicación de lo que les ocurre, demostración de lo que ganan con el autocontrol. Pero la ayuda para evitar el descontrol también tiene sus matices, pero requiere romper con los aprendizajes previos, muy aprendidos, muy asumidos. Esto es también un proceso evolutivo, que requiere continuidad porque han aprendido a decir lo que tienen que hacer los demás, generalmente sus padres. Ahora, hay que deshacer todo este aprendizaje. Esto también implica sufrimiento.

“Aunque me estén intentando ayudar no hacen nada, porque si me repites 5 mil veces las mismas cosas, ya no es [ayuda]. Cómo tengo que decir que no se metan en mi vida, (llorando) que no quiero que se metan en mis problemas, porque el problema lo tengo yo por dentro, se muestra físicamente, pero no psicológicamente. Psicológicamente lo veo yo y lo tengo que solucionar yo, no quiero ayuda de nadie porque no quiero hacer daño a nadie. Y, se lo dije a mi madre en cierta ocasión, le dije no quiero que me ayudéis porque si me ayudáis es que vais a acabar mal. Es que no ayudáis nada, realmente; y mi madre lo entiende. La mejor forma de que me tranquilice es que yo analice la situación, y esté yo tranquila y calmada. Y, si supuestamente estar en un centro es para estar mejor yo, pues yo estoy viendo que no estoy mejorando, estoy empeorando cada vez más. Y es por el mero hecho de que dices —¡bah déjame en paz ya!—, ¿no? Que eres una persona que te conozco desde hace siete meses y ni me interesa conocerte hasta el fondo. Porque, la verdad, tu vida, tú y tu familia no me interesan. Y si ahí, hasta ahí llegan yo ya les he advertido, cuando les advertí “cuando me cabree dejadme en paz. Dejadme mi espacio. Dejadme a mi sola, tranquilizándome. Y aunque oigáis ruidos, ¡me da igual! —¡Que no entréis en la habitación!—. No quiero que nadie entre cuando estoy cabreada porque va a ser peor la situación.” (Margarita, 13 años)

El resentimiento es sentimiento de rencor, entendido como enojo que actualiza la rabia o la ira anclada en el recuerdo, incluso cuando el recuerdo se haya deformado. Obliga a tomarse la revancha cuando sea posible porque existe oportunidad para ello, pudiendo ser que el otro esté débil o cualquier otra razón.

“S. ¿Te das cuenta que muchas veces también las relaciones están establecidas en esto ¿tú me das esto, a cambio de esto otro”;y muchas veces jugamos con eso?

A. pero yo no soy así. Yo si te lo doy, te lo doy, y no te pido nada. Mira, el día que no tenga nada, ya te pediré

S. Pero a tu madre sí. Se lo estás pidiendo. Con tu madre no terminas de dar ese salto “bueno ya no me importa”

A. Claro

S. Dices,” ya se la liaré”

A. Pues claro que sí, ya se la liaré.” (Amapola, 16 años)

Las dificultades emocionales en su vida han sido grandes. Se han enfrentado desde muy pequeños, solos, a cantidad de problemas porque su familia no estaba o se escapaban de ella. Sus alternativas han sido siempre desde su pensamiento, desde sus planteamientos. Hablan de su impulsividad, pero se muestran tranquilos, como si estuvieran seguros. La impulsividad surge en momentos de desbordamiento de la ansiedad, ante “provocaciones” del entorno.

“Cuando una persona me cabrea, le llamo más que problema, lo llamo... con el nombre de esa persona por así decirlo. Y por dentro parece que desde fuera parece que por dentro estás bien y que te han dado ganas de enfadarte, pero no es así, porque es como si sería un nuevo holograma tu cerebro está aquí, y el problema está aquí. Cuando los problemas surgen (...), tu cerebro quiere combatirlo, pero no sabe. Entonces cuando yo por ejemplo, yo estoy normal y cuando me cabreo conmigo misma, pues pasa que hay colisión. Entre dos trenes, entre dos trenes. Hay colisión. Es como si, como si dijera una cosa y a los cinco minutos dijera otra.” (Margarita, 13 años)

Afirman que no les gustan las peleas. Pero “se ven obligados” a entrar en ellas, precisamente por las provocaciones. Lo de menos es el insulto o el argumento de los demás. En el momento que la interacción se interpreta como provocación, habrá un

momento más propicio para saltar y no depende de lo que se diga, sino de cómo va incrementándose el nivel de hostilidad de quien se siente amenazado. Llega un momento en que la activación es la necesaria y suficiente como para pasar al ataque. En este momento, la agresividad no tiene vuelta atrás

“S. Yayaya ¿te gusta pegarte con la gente?”

R. No me gusta pegarte con la gente, pero si me vienen buscando, [...] si me hinchán las narices, ya la verdad que sí. Yo paso, yo paso del tema, sabes? Pero cuando me las hinchán bien hinchadas ya no.” (Rosa, 15 años)

El sufrimiento en que se encuentran, como consecuencia de la renuncia parental y la soledad, se fundamenta en el miedo, la impotencia y la rabia, emociones provocadas por su situación. Tales emociones determinan un descontrol personal, que les impulsa a defenderse y a justificar su incapacidad en elementos ajenos, desconocidos y externos. De esta manera, la responsabilidad también está fuera. La imagen ante lo que dirán los demás así como la propia autocrítica queda amortiguada. Además, hacen una magnificación del uso de la violencia como defensa, Aunque no hay una situación o un peligro del que tenga que defenderse claramente. Su desbordamiento queda así demostrado, sin embargo ellos piensan que esta es una de sus fortalezas, controlar la situación de alguna forma.

“S. Qué le pasa a la gente para decir mecagüen tus muertos

R. Piensan que es algo que duele.” (Rosa, 15 años)

“Es que sigo cabreada [después de haberse descontrolado], pero de menor nivel si no puedo, no soy capaz de hablar con la persona con la que me enfado. No, no puedo hablar con la persona que estoy cabreada, hasta que no pase cierto tiempo no puedo perdonar.” (Margarita, 13 años)

“Me querían echar a mi todo el marrón, y con gente y con más bandas me querían meter más líos. Y cogí, les pegué, me pegué con todos y les callé la

boca y ya está. También me pegaron a mi me reventaron pero por lo menos pegue a varios.” (Diego, 13 años)

Más adelante, cuando han analizado las distintas situaciones ven que las provocaciones están en ellos mismos. En este sentido, hay un crecimiento en el enfrentamiento y es necesaria la argumentación de su falta de miedo para enfrentarse, en ser más mayor o más fuertes que ellos. Además del crecimiento, hay una re-estimulación cuando están reviviendo el momento. Es decir, el autocontrol está demasiado frágil, la ira está a flor de piel. Es necesario trabajarla más.

Cuando se enfrentarse a algo nuevo y diferente, se muestran inseguros. Esta inseguridad también les pone en alerta y a la defensiva. Así, el descontrol impulsivo por el miedo, la rabia y la impotencia puede desencadenarse en cualquier momento. Todo se interpretará como peligroso y como tal, la reactividad de pondrá en acción. Esta es la provocación propia, la interna que deberán identificar para llegar a controlar la actitud extremadamente reactiva del miedo encubierto.

“Yo a lo primero, si la pegaba pero luego ya una vez las ultimas que me lo dijo, yo no y es que ni me levante de donde estaba. Yo así sentada le dije yo —por lo menos he conocido a mi padre cosa que tu no—.” (Rosa, 15 años)

La reactividad no sólo es física, en forma de enfrentamiento agresivo. También lo es verbal, aunque ahora la reactividad está un poquito más controlada y la agresividad se muestra en las palabras. Aún les sigue quedando terreno para trabajar.

Respecto a las relaciones con los demás, utilizan la seducción para conseguir alianzas con sus interlocutores, para conseguir el objetivo: atención, dinero, permisos para diferentes cosas. Generalmente las relaciones las interpretan como una competición en la que demostrarán que son los mejores, los que más y mejor saben hacer lo que hacen. Su egocentrismo les hace sentirse importantes, los únicos. Consideran sus conocimientos los auténticos que da la experiencia de vida intensa, entendida como las experiencias precoces de contenido considerado para adultos. A su vez sus peticiones

son una forma de invitar al interlocutor a saltarse los límites; entre otras romper las normas pactadas antes de la entrevista para conseguir su objetivo. Están muy acostumbrados a ello.

“Yo soy agradable, cariñoso, amigable, recompenso cuando se me compensa. Si alguien hace algo por mí, lo compenso de una manera o de otra. No siempre tiene que ser con un bien material [lo dice con tono de desprecio]; puede ser un bien sentimental, pero la recompensaré. Si me recompensan a mí, yo recompenso. Mis amigos me ven así, pero los conocidos no.” (Cosmo, 17 años)

Se atreven y se arriesgan a todo, no tienen límites y piensan que todo es posible. Cuando a su omnipotencia, se le añade la rabia, la posibilidad de “hacer locuras” es una realidad. Pueden ir desde buscar la atención y la compañía de alguien importante para ellos, hasta fantasear que todo es posible. Es una forma de encontrar el afecto que no han tenido durante su infancia.

“A. Me gasté 4000 euros con 13 años,

S. Dos mil euros por semana. Es un presupuesto...modoso ¿no? ¿Pero en qué te lo gastaste?

A. muchas cosas

S. ¿Qué compraste?

A. Ropa...me fui, me iba a cenar por ahí, invitaba a mis colegas... cuando me pillaron estaba de compras. Me quitaron toda la ropa que había comprado y me quitaron lo que me quedaba, que me quedaban...no sé si eran 100 euros.” (Amapola, 16 años)

“El principe-tirano, el dueño de mi casa, el dueño de mi colegio, jugaba también con los sentimientos de la gente.” (Cosmo, 17 años)

“Sólo tonteaba y les seducía y eso era, una caliente pollas, lo que se dice eso, una caliente pollas. Le caliente la polla y luego no hace nada. Eso era

yo.” (Petunia, 18 años)

Estas primeras dificultades, van a determinar la existencia de problemas en todos los ámbitos de su vida. El ámbito escolar es uno de ellos y se hace patente en las dificultades con los estudios. En gran medida estas dificultades van a determinar el fracaso escolar. La explico a continuación.

4.4.2. DIFICULTADES CON LOS ESTUDIOS

De esta segunda subcategoría cabe destacar que, la influencia de la soledad y la desprotección, también se trasladan a este terreno. Las ayudas se convierten en “broncas”, más tiempo de deberes o más insistencia en lo que necesitan, pero no en más cantidad de explicaciones o en el reconocimiento de necesitar un ritmo diferente, viviendo como una injusticia el hecho de no entender. Hay veces que el hecho de no entender y preguntar, o el hecho de no estar de acuerdo con lo planteado por el profesor, les lleva a preguntar, pero como dice Patiño⁽¹⁴³⁾ el alumno que pregunta se expone a la ironía, a la burla o a la descalificación.

Estas dificultades cuentan con algunas características. La primera de ellas es no tener ganas de estudiar. Es la que marca la tendencia clara hacia el fracaso escolar.

“Porque en primero de la ESO, cuando entonces no se podía repetir, y yo le supliqué a la profesora que me dejaría repetir por favor, yo de cómo me iba a pasar a 2º de la ESO si en 1º de la ESO no sabía nada, porque me había pasado lo de mi padre. Me dijeron que no se podía. Era la ley de escolar esta que no se podía repetir. Bueno me hicieron pasar a 2º.”
(Mimosa, 22 años)

“En vez de estar en clase molestando y eso, haciendo una cosa que a ti te guste. Por ejemplo. Luego, al de mucho tiempo me dijeron si te gusta leer, pues tráete una revista para leer, o un libro, para leer, o si te gusta, yo

qué sé, arreglar coches, pues te traes un coche de estos, de máquinas, eléctrico y lo arreglas, si tienes por casa.” (Jacinto, 16 años)

Las razones para esta falta de ganas procede de varias posibilidades. Una de ellas son las preocupaciones emocionales consecuencia de su soledad. Se refleja en la cita siguiente.

“Cuando la gente me dice... —es que tienes que hacer esto— y...yo digo ... —es que no me sale. No me sale, no—; yo digo —es que no doy p'amás—. Porque las matemáticas es... las tablas te las puedo escribir, pero las... decírtelas, ¡ni hablar! Es... no sé, que me bloqueo por los nervios. Y cuando me bloqueo por los nervios es diferente. Es diferente porque se me traba todo. Lo tengo aquí en la punta de la lengua pero. No puedo.” (Margarita, 13 años)

Otra razón para este fracaso, es ocuparse en opciones más atractivas o menos aburridas, en línea a lo mencionado anteriormente, participar en bandas, consumir sustancias prohibidas o traficar con ellas. En lo que denominan “buscarse la vida”.

“Me junté con gente, pero que podía haber sido en ese colegio o en cualquier otro, es lo que digo yo, lo que buscas lo encuentras ¿sabes?”
(Sabin, 17 años)

“S. ¿Qué pasaba para no querer hacer nada?

J. No, sin más. No sé, pasa algo pero no sé. Y lo único que puedo hacer es fumar porros porque me aburro en clase.” (Jacinto, 16 años)

El riesgo de refugiarse en estar alternativas, se da en la mayoría de los adolescentes, momento en que la supervisión ha de extremarse, observándoles de cerca, estimulando y motivando habilidades alternativas sanas, así como las opciones de “engancharse” en un aprendizaje que les resulte atractivo y centre su interés implicándose en ello. Es importante considerar que estudiar les aburre. No encuentran aliciente en la formalidad del colegio y de la formación reglada. Suelen estar más atraídos por las

“manualidades”. Y lo repiten todos los que no quieren estudiar. Ellos aprenden de lo que ven, cuando les interesa lo que oyen. Minusvaloran la importancia del colegio respecto a lo que necesitan aprender. Y minimizan las *“gamberradas”*, las muestras de rebeldía o las francas disrupciones. Esta es su forma de llamar la atención. Puede interpretarse como su petición de ayuda.

“L. Tuve problemas en el colegio y me aconsejaron ir a un psicólogo. Y estuve yendo una temporada.

S. ¿Qué te pasaba?

L. No simplemente era, que era un cafre. No hacía caso, desobedecía y, como me fue mal un año o dos, ya en segundo ya me aconsejaron eso, y luego ir a otro colegio

S. ¿En qué curso te pasó esto?

L. Repitiendo primero, a mediados de la ESO [con 11 años]

S. ¿Qué hacías para ser un cafre?

L. Ehhh, molestar a los alumnos (jeje) insultar a algún profesor. A veces llevarles la contraria. Y eso. Solamente con hacer eso suficiente

S. ¿Y qué te pasaba para hacer eso?

L. De aburrimiento. Me aburría y, no sé, hacía un poco el chorra.”

(Laurel, 18 años)

Incluso, cuando son más pequeños, suelen utilizar tretas para marcharse del colegio, cuando no es encuentran a gusto, que son muchas veces. También las *“piras”* a clase son frecuentes. La explicación puede encontrarse en el planteamiento de Schopenhauer⁽¹⁴⁴⁾ al entender el aburrimiento como una forma de sufrimiento y cuando aparece se hace necesaria la diversión. Los adolescentes con TC, frecuentemente muy aburridos en la escuela, hacen algo para enmendar tal situación. La forma de hacer se encamina hacia actividades que fuercen la expulsión para terminar con el aburrimiento.

“R. [Se refiere a la vez que lloró en el cole] es que no me pasaba nada, me ponía a llorar y así me mandaban a casa

S. ¡Ah! O sea que era como una treta

R. Y a veces no me mandaban, ¿sabes?, y me hacía la enferma y me mandaban. ¡Jó es que tantas horas en el colegio no puedo estar!” (Rosa, 15 años)

“Luego no me veía estudiando. Me gustaba el taller, en el taller hacía todo, iba a todos los horarios, era puntual. Luego cuando tocaba clase, ni iba. Me iba directamente a casa.” (Laurel, 18 años)

Otra posibilidad es la falta de disponibilidad de los padres, demostrativa de la renuncia mencionada en la primera categoría principal, para que insistan y continúen insistiendo en la necesidad y obligación de acudir al colegio.

“Mi ama sí me ha dicho algo, sí me decía vete a clase, vete a clase, vete a clase. Pero se levantaba y me decía ¡vete a clase! Y se volvía a meter en la cama. Ni se enteraba...no se levantaba y desayunaba conmigo, o no se levantaba y mientras yo desayunaba ella hacía otra cosa.” (Amapola, 16 años)

“M. Mi padre, de hecho, me lo quería obligar [ir al colegio], pero yo dije —no puedo, o sea, no soy capaz de ir—

S. Ya, pero ¿pediste ayuda a alguien más?

M. A mi abuela, a mi tía

S. ¿Y qué decían? ¿Tu familia qué decía, cuando decías “es que no puedo ir?

M. Me decían —ya, pero es que tienes que ir, noséqué. Tienes que sacarte los estudios—. Y yo —ya lo sé pero es que, no puedo—.” (Margarita, 13 años)

En este momento tienen un pensamiento excesivamente simplista y, pensando como en un juego, pretenden simplificar la complejidad. Suelen pensar que están jugando a un

juego sin reglas y así entienden su vida. Es la fantasía en la que les gustaría vivir. Las normas son su dificultad, aprenderlas y asumirlas les suele sobrepasar. Siguen pensando que están en un juego y como tal se comportan: arriesgan, trampean e intentan ganar por encima de todo y a costa de todo. Esto es parte de su pensamiento simplista. No lo suelen conseguir. Es fácilmente representable cuando están en el mundillo de las drogas.

“Yo pensaba que era juego, un juego sin reglas, que era lo malo. Como era sin reglas, cogía y me piraba 5 días de casa y estaba 5 días sin aparecer por casa. Un juego sin reglas y así yo no puedo vivir, porque el cuerpo ni aguanta, al quinto día de empalmada estaba como un zombi. Yo soy una persona normal, antes era un zombi. Y aguantaba porque me metía coca, no por mis propios méritos, al contrario. Joder, te comes un gramo de farlopa y aguantas cinco días. Si lo sabes administrar, sabes?” (Cosmo, 17 años)

Pero se extiende a toda la vida, la simplicidad de considerar un juego la situación en la que se encuentran. Nuevamente quieran minusvalorar su extensión. Aún no pueden asumir la realidad de su sufrimiento y necesitan banalizar cualquier situación peligrosa o arriesgada.

“La movida fue así de simple. Me junté justo, yo estaba en el carril derecho, y por el carril izquierdo iba un pavo demasiado cerca. Pero yo no sabía que era, era un Renault 19. O sea si te digo la verdad, el coche un pelín raro para un secreta porque los secreta siempre llevan un Peugeot 307, que ya lo conozco, el 307 blanco o un Seat Ibiza plateado. Esos son los típicos coches de secretas de paisano.” (Cosmo, 17 años)

Desde este planteamiento, **el colegio** y todo su entorno rezuma aburrimiento, desmotivación, dificultades y conflictos. Las actividades escolares las consideran inútiles e infantiles, porque no ven la traslación pragmática a la vida real. Lo intentan simplificar tanto que terminan por denostarlo, viendo como única solución abandonar los estudios, dejar de ir al colegio, ponerse a trabajar. Es decir, saltarse la etapa

formativa, la de habituación al esfuerzo y atención a las limitaciones.

“Ahora cuando me veo en clase un día normal, que cualquiera lo vería pues hacer deberes y eso, pues yo lo veo como sentarme en la silla ponerme a dormir o pasar de todo. Para mi ese es un día normal en clase.” (Diego, 13 años)

“No tengo costumbre de escribir, ni de hacer nada en clase”. (Diego, 13 años)

“Como siempre he tenido algo con qué estar, o qué hacer, pues he preferido mil veces estar con mi perra o con los animales que estar en clase. En clase no hacía nada. A mi estudiar no me gusta.” (Laurel, 18 años)

Es llamativo como la elaboración la hacen desde un planteamiento de normalidad, cuando entienden raro ver a los demás haciendo algo distinto y no verse a sí mismo en lo que están haciendo. Es una forma habitual de funcionar, confundido, pero aceptado, asumido por su entorno próximo que, parece que lo permite. O al menos hacen poco por enderezarlo. Es posible que los padres estén, y se muestren, desbordados en el afrontamiento de su hijo.

Parten de una idea excesivamente infantil, donde todo se puede reducir a pocas cosas, porque consideran que *“simplemente hay cosas que son innecesarias”*, en palabras de Diego. Sobre todo en cuestiones escolares. Surge nuevamente un pensamiento excesivamente simplista.

“Por ejemplo tengo ciencias de la naturaleza y sociales y es que dan lo mismo y tengo que estudiar las dos. Es la misma cosa sólo que en las ciencias dan un poquito de ciencias y en la otra no. Que tanta tontería que hagan un libro con eso y otro con ciencias y punto. Me tengo que aprender las dos cosas, paso.” (Diego, 13 años)

La propia descripción que hace la cita, marca la existencia de las diferencias. Sin embargo el querer simplificar todo les empecina en mantener la uniformidad inexistente para no ver las diferencias. Se trata de un pensamiento con poca elaboración, considerado suficiente y superior al de los demás. En él intentan **simplificar la complejidad** en exceso para no ver los matices de las diferencias en un pensamiento excesivamente concreto; refugiarse en justificar lo que no les gusta, como único argumento para obviar el esfuerzo necesario para poder aprender, en un momento que la saturación emocional, está teñida de cansancio y tristeza, no poder afrontar una exigencia más, la exigencia de lo cotidiano. Aquí surge la necesidad de alguien que les ayude, acompañe y apoye, en un período en que no pueden afrontar solos el esfuerzo. Cuando este apoyo, ayuda o acompañamiento no son posibles, abandonar lo cotidiano resulta lo más habitual; es la gota que desborda el vaso por ocupación en otras tareas más emocionales y emocionantes. La necesidad de estudiar es secundaria porque están saturados de emociones.

“Yo estudiar así estudiar desde tercero no me gusta abrir libros en clase ni nada” (Diego, 13 años)

La alternativa a esta saturación es hacer las cosas poco a poco, *“para no asustarme”* (Diego, 13 años), u otras menos sanas, más tranquilizadoras a través del uso de sustancias.

“No sé, pasa algo pero no sé. Y lo único que puedo hacer es fumar porros porque me aburro en clase.” (Jacinto, 16 años)

Muestran desinterés por la formación y la manera de impartirla. No reconocen la necesidad de aprender porque se valen bien. En su limitado entorno, las exigencias son también limitadas, el esfuerzo en estos momentos resulta muy costoso y nada atrayente. Concluyen que no les gusta estudiar y no hay quien se ocupe de encauzar la tendencia, su preparación y el futuro. De nuevo, sus oportunidades se ven más limitadas, menos estimuladas y desarrolladas consecuentemente. En esta línea Martín Gordillo⁽¹⁴⁵⁾ pone de manifiesto la necesidad de hacer un seguimiento real del alumnado, implicando

cercanía y continuidad, sobre todo en el tránsito de primaria a secundaria. Propone la organización adecuada de la orientación educativa, a través de la necesaria coordinación y colaboración entre tutores y equipos docentes. El objetivo es favorecer el apoyo del alumnado desde el principio y hasta terminar la enseñanza obligatoria.

“Luego, al de mucho tiempo me dijeron si te gusta leer, pues tráete una revista para leer, o un libro, para leer, o si te gusta, yo qué sé, arreglar coches, pues te traes un coche de estos, de máquinas, eléctrico y lo arreglas, si tienes por casa.” (Jacinto, 16 años)

“Luego no me veía estudiando. Me gustaba el taller, en el taller hacía todo, iba a todos los horarios, era puntual. Luego cuando tocaba clase, ni iba. Me iba directamente a casa.” (Laurel, 18 años)

Su convencimiento en que su experiencia es la única y su inteligencia superior, les ciega hasta el punto de no dejarles ver más allá de sus posibilidades conocidas. Esto demuestra que recuerdan el pasado e incluso lo analizan y sacar conclusiones; pero no anticipan lo que puede ocurrirles, con las experiencias que han vivido. Es decir, no utilizan su capacidad de adaptación a nuevas o diferentes situaciones; las utilizan para engañar(se) de cuánto pueden conseguir, sin darse cuenta que las situaciones ideales pensadas, suelen ser irreales; las situaciones irreales mantienen la intolerancia a la frustración, impidiéndoles desarrollarse y avanzar.

“Tenía inteligencia y, la verdad es que podía haberlo sacado. No se me hizo difícil, es simplemente que llegó a un punto en el que no hacía caso. Y luego ya no entendía porque no hacía caso. Pero sé perfectamente que si atiendo lo hago perfectamente.” (Laurel, 18 años)

Esta simplificación excesiva, nuevamente, les hace vivir en un mundo fantástico. Por eso cuando los padres no intervienen, son otras instancias sociales las que lo hacen: el colegio, la protección de menores, la policía.

“Ahora no voy a clase porque me han echado. No me han echado, pero es como si me hubieran echado porque no me dejan hacer el año que viene. Este año sí me dejan acabar. Pero el año que viene no me dejan cursar en el cole. O sea, voy a ir otro.” (Cosmo, 17 años)

Las relaciones que establecen en el colegio, con los iguales, suelen ser poco duraderas, poco amigables, conflictivas muchas veces; unas veces como víctimas y otras como victimarios.

“S. ¿Y por qué te decían que eres borroka?”

J. Pues no sé, pues porque iba con los ternua y todo eso (se refiere a la marca de la ropa que utiliza; es ropa deportiva utilizada para subir al monte), por el corte del pelo (afeitado por los lados y pelo por el centro sagital de la cabeza, estilo indios navajos)

S. O sea, borroka, patada en la boca y ¿te pegaban?”

J. No me pegaban, pero luego una vez me quemaron aquí la chaqueta con mechero y ya les dije a los profesores que me habían quemado la chaqueta, y yo no vengo aquí a que me quemen la chaqueta. Y tomaron medidas y eso, y al principio, como que me iba a pagar la chaqueta. Pero luego la madre dijo que no, que no la iba a pagar, que noséqué, y al final se quedó así.”
(Jacinto, 16 años)

“Yo alguna vez he hecho como bulling, a las nuevas. Un año hice bulling a las dos nuevas. Y yo era muy mandona, y era como la líder de un grupo que se metía siempre en lios. No un grupo de pegar a la gente, sino un grupo de sin más que iba de trastadas, de ir por el colegio por donde no se podía ir, de entrar donde no se podía entrar, de escuchar a los profesores en sus conversaciones de los alumnos. Cosas de esas que son travesuras. Y luego, un año también hice bulling a las dos nuevas que había.” (Petunia, 18 años)

De nuevo la minusvaloración de sus conductas, su planteamiento de normalidad les impide analizarlas desde una perspectiva autocrítica, con la que poderlas encauzar. Así,

se encuentran *sin ganas de estudiar*. Esta situación pone de manifiesto la falta de motivación, muchas veces fundamentada en la uniformidad que han de seguir a la hora de cumplir los ciclos formativos. Sin embargo, si hay un reconocimiento de las diferencias existentes entre cada una de las personas, parece que no existe una atención real a su significado. Y así, si todos somos distintos, ¿cómo no se atienden las tendencias personales o las motivaciones diferenciales? Educar en conocimientos troncales, tales como matemáticas, lenguaje, etc., parece necesario para cualquier persona. No obstante, la posibilidad de reconocer a quienes no encontrando sentido a estos aprendizajes, puede permitir adaptar la enseñanza a sus características, sobre todo cuando lo que quieren es adquirir un aprendizaje mucho más práctico y mucho más rápido, para implicarse cuanto antes en la vida como un adulto autosuficiente y participe en su mantenimiento.

“Yo antes de que, bueno antes, yo les dije, yo voy a ir al cole pero no voy a hacer nada, porque yo lo que quiero es hacer algo con las manos. Y...me dijeron a ver si iba a seguir así, y eso. Ellos estaban dispuestos a apoyarme; me decía —bueno Jacinto, acaba este curso, y luego ya veremos—. Pero yo decía —No quiero, es que no quiero ya este año, y ya está—. Por eso fue que ya en segundo, no en tercero, en segundo, creo, fui al centro formativo de Okendo a hacer una complementaria. Y allí bien, pero no me hablaba con nadie y eso..., porque la gente de allí, ni me va ni me viene ¿no? yo no les digo nada y no pasa nada. Porque estaban todo el día buscándote la boca. Me decían “tú, eres borroka. Patada en la boca”, noséqué, nosécuál y así.” (Jacinto, 16 años)

Estos adolescentes están necesitados de ayuda y supervisión, como cualquier otro. La diferencia es que esta ayuda y perseverancia la aprenden solos, o de la mano de los profesionales. Abundando de nuevo en las palabras de Martín Gordillo⁽¹⁴⁵⁾, propone la necesidad de “saber, querer y poder” (Pg. 109) por parte de los profesores. Hace referencia a tres aspectos fundamentales. El saber incide en el contagio del profesor de la materia que explica y pretende enseñar a los alumnos. El querer supone el compromiso moral del profesor con el proceso educativo de todos y cada uno de los alumnos. El poder requiere promoción profesional desde la incentivación continua del

desarrollo profesional, para unir saber enseñar y querer educar. Así, saber, querer y poder lo relaciona con la función tutorial. Defiende que, cuando no se tecnifica ni burocratiza. Tal combinación puesta al servicio del progreso del alumnado, posibilita la necesaria cercanía con ellos. Sin embargo, la visión que tienen los adolescentes con TC de los profesores. Es otra de las características que marcan sus dificultades con los estudios. Generalmente la relación con *los profesores*, es una relación distante. La expresan como sigue.

“Me llevo bien con los profesores, aunque hay alguna profesora que me cae muy mal. (...) La de matemáticas me pone muy nervioso y tal para que haga los deberes. Algunas veces cuando yo no sé, me echa a mí la bronca.” (Adolfo, 14 años)

La figura de poder y autoridad que representan los profesores, se empieza a desmoronar. Sobre todo cuando no se la han ganado. Es decir, cuando las exigencias que establecen no se corresponden con los apoyos. O cuando entienden que están faltándoles al respeto. Acostumbrados a solucionar sus problemas con enfrentamientos, los profesores empiezan a dejar de ser considerados como referencias de autoridad y se convierten en objetivos a derribar.

“No hago nada en clase, paso de todo. Yo creo que se debe, no sé a la costumbre, porque en tercero empecé a portarme mal por una profesora, que me empezó a crispar; la cogí y dije, a esta no la dejo pasar, así. Me empecé a portar mal con ella y ya pa’l segundo año ya pues me veía igual. (...) Como a esa profesora le quise hacer putada y el curso imposible, pues mira. Se me quedo y ahora, todo ya es igual.” (Diego, 13 años)

“Y es que todas las mañanas la veo en clase, te lo juro; la primera cara es la de ella, ¡tío que asco! El otro día me viene, viene a mi clase porque hay un mongolito que enciende la calefacción. Es un retrasado, ese niño y nos empieza “sois tontos o sois tontos” [finge la voz imitando a su

profesora]. “Mira maja, a mí no me insultes, lo primero eh? que yo no he puesto la calefacción. Ha sido el tonto, yo no he sido eh?”. Dice, “no os estoy insultando, os estoy diciendo si sois tontos o sois tontos”. Y le digo, “¿tú eres tonta o eres tonta? Qué pasa. A mí no me tienes que venir a clase a insultarme a la cara, pues le voy a llamar ahora mismo a la directora eh? A mí no me tocas las narices”. Se lo dije así a las ocho y media la mañana.” A mí no me toques las narices eh?” Dice, “es que no os estoy insultando, sólo os estoy preguntando si sois tontos”. De repente viene mi tutora, le digo le dije a ella, “pero es que encima tú no eres nuestra tutora. Eso lo tendrá que decir nuestra tutora; ella nos los dirá a nosotros. A mí no me digas lo que tengo que hacer, pues a mí no me insultes, chica”. Se lo dije así, “a mí no me insultes chica”. Y dice, “Ala ya vale a estudiar, que no os estoy insultando”. Y volvía y volvía. Que pasada por favor.” (Rosa 15 años)

La relación distante entre los profesores y los alumnos, estos alumnos con problemas, hace que la motivación para realizar el esfuerzo necesario en el estudio, desaparezca. Suelen identificar la materia a estudiar con la persona que la imparte y como no les gusta esta, tampoco lo que ella da o hace. De nuevo la reactividad de hacer precisamente lo contrario, negarse u oponerse. Es una forma de decidir en contra de sus intereses. Es una justificación demasiado inmadura, pero la suficiente para mantenerles en tal argumento.

La última característica de las dificultades con los estudios es la *necesidad de ayuda y perseverancia*. Es reconocida por los propios adolescentes como la vía para poder continuar, para aprender y ver los cambios necesarios.

“Yo estoy muy con los estudios; me cuesta mucho y algunas veces tengo una alegría porque he sacado bien; pero yo en realidad, yo con mate me cuesta un poco más que las otras.” (Adolfo, 14 años)

“[Haciendo] Lo que me dijo una psicóloga de aquí, que dice, es un poco de teatro, sabes? [Decía] Que me callase un poco más si me aburría,

que fingiese un poco como que estoy leyendo; y por lo que veo empieza a funcionar un poco. Antes me expulsaban a la de pocos días porque ya acumulaba sanciones y ahora pasa mucho tiempo para que me expulsen.” (Diego, 13 años)

Cosa diferente es que tales cambios los lleven a cabo y cuánto tiempo necesitarán para hacerlo.

“La cosa está en mí, en que tengo que cambiar yo, pero pufffffff. Tiene lo suyo, no se cambia de hoy a mañana.” (Diego, 13 años)

“Cuesta mucho, pero lo tengo que sacar pa’lante.” (Adolfo, 14 años)

La ayuda que necesitan pasa por la insistencia en la realización de las tareas, y la perseverancia en la insistencia. El colegio suele ser desagradable para casi todos los niños, más para los adolescentes y aún más para quien tiene un entorno hostil en él: enfrentamiento con los compañeros o aislamiento de los demás, no entender o no estudiar, convirtiéndose en el “hazmerreír” de la clase^(143, 146). Estos argumentos no pueden ser la justificación, y menos la excusa, para de nuevo ejercer la sobreprotección o la culpabilización. Los adultos están para solucionar los problemas que los más jóvenes no pueden o no saben. Cuando un niño o adolescente joven deja de ir al colegio, la situación requiere la intervención de los padres, además de la intervención de los profesores. No sirve la estrategia de mirar para otro lado, o negar para dejar de ver. Si ellos están desbordados, mucho más lo están los más pequeños.

“M. Mi padre, de hecho, me lo quería obligar [ir al colegio], pero yo dije —no puedo, o sea, no soy capaz de ir—

S. Ya, pero ¿pediste ayuda a alguien más?

M. A mi abuela, a mi tía

S. ¿Y qué decían? ¿Tu familia qué decía, cuando decías “es que no puedo ir?”

M. Me decían —ya, pero es que tienes que ir, noséqué. Tienes que sacarte los estudios—. Y yo —ya lo sé pero es que, no puedo—. (Margarita, 13 años)

La presencia de un adulto, madres, padres o profesores en primera instancia, es fundamental para dar sentido al sin sentido de la escolarización, que suelen expresar.

“Para mi yo sé que es importante para todo esto en la vida. Pero cuando voy a clase, y eso, no lo veo; me parece todo una puta mierda, esas horas para dar cosas de críos, que si dos más uno son tres o lo que coño sea eso, me da igual.” (Diego, 13 años)

No existen soluciones mágicas, ni pastillas para quitar el miedo o poner concentración. La tarea es mucho más lenta y costosa. Requiere la intervención de las personas y su proximidad protectora que aporta seguridad. Estudiar, atender, concentrarse, aprender, requiere perseverar. Cuando existe ayuda para ello, el proceso resulta menos costoso. Sin embargo, puede convertirse en una actividad penosa para muchos, cuando no entienden o no les gusta lo que hacen. Pero mucho más cuando existen otras emociones que ahondan en la desmotivación. Este argumento es necesario considerarlo para prevenir el fracaso escolar.

4.4.3 REFUGIARSE EN GUSTOS Y AFICIONES

La última subcategoría que cuelga de Manifestaciones es *refugiarse en gustos y aficiones*. Refleja las dificultades de relación, habitualmente en el colegio y con los iguales. Generalmente son el foco de las risas y el desprecio de los demás, desembocando en respuestas defensivas. Tales defensas son generalmente agresivas; con ellas calman su sufrimiento y terminan refugiándose en sus gustos y aficiones. Por otro lado, la rivalidad entre adolescentes, muchas veces gestada desde los primeros años de colegio, pone de manifiesto la reacción agresiva, como defensa de su integridad.

“Fue peor lo que me pasó porque... ¡ay!...; estaba una niña que más que amiga es una enemiga ... porque encima yo creo que nos llevamos peleando desde tantos años ... así que no te cuento más... Yo había veces que me llevaba bien. Otras que me llevaba muy mal. Pero es que todo lo decía ella, todo lo hacía ella. Todo lo decía ella para que yo cambiara de opinión sobre ella. Hemos tenido... no te niego que le he pegado mordiscos, tres o cuatro mordiscos, en la misma mano. Eso no te lo puedo negar! porque encima, que esté así, y la otra mano esté así ... y me tiras del pelo.... La primera vez fue a... los cuatro años. La otra fue... a los nueve años y la otra a los 10. Tres veces.” (Margarita, 13 años)

A la hora de recordar las peleas mantenidas con los iguales y rememorar los motivos que las han provocado, el propio discurso les permite reflexionar e incluso criticar las discusiones. Así hay veces que lo consideran como reacciones infantiles que no las controlan del todo y caen nuevamente en peleas, ahora a lo mejor no físicas, pero sí continúan con los enfrentamientos verbales. De cualquiera de las maneras, resulta un avance en el autocontrol. Es una manera de aprender a partir del autoanálisis y la sana autocrítica.

“Me llaman bicho (...) Y me dicen voy a llamar a la perrera para que te metan ahí. “Si ya para que te metan a ti no?” “sí, sí, sí llama, llama a lo mejor llamo yo para que te metan a ti a la perrera”. También son cosas un poco de críos yo lo veo un poco infantil. Yo le digo, porque tiene dieciséis años “sabes que tienes la mentalidad de mi hermana de nueve años; es que ni de nueve, de uno y medio tío. A ver tú eres tonto o que no tienes ni mentalidad”. Son infantiles están todo el día pegándose en clase jugando a peleas, sí, como mi hermano, son como mi hermano el pequeño.” (Rosa 15 años)

Pero también estas peleas son la forma de conjurar su rabia. Es decir, la manera de hacer algo cuando están rabiosos y no han aprendido el autocontrol necesario, identificando las sensaciones que les llevará finalmente a sobrepasarse. De la misma

forma, carecen de estrategias alternativas más constructivas, para utilizar toda la energía que genera la rabia y reutilizarla en otras actividades más beneficiosas. En este caso, es la impulsividad la que está funcionando. Aún queda mucho camino por recorrer para poder superar las dificultades; o quedarse estancado en ellas.

“Pegarme con la gente para quitarme la rabia. ...Yo me he pegado con mucha gente en la calle.”(Amapola, 16 años)

Todavía no pueden hacer otra cosa y, no pensar o intentar olvidarse de su problemática, de su realidad, les hace concentrarse sólo en sus gustos y aficiones, como una forma de refugiarse de lo que aún no pueden asumir. ¿Cuáles son estos gustos y aficiones? La calle, la transgresión y la negociación.

La calle es su mejor escuela, en ella han pasado mucho tiempo. En ella no se aburren, en ella son alguien. *“Yo he sido muy callejero”* dice Laurel. Allí se buscan la vida, consiguen todo lo que se plantean y aprenden a sobrevivir. Aprenden a discutir y pactar, a controlarse, a respetar los territorios y a la autoridad. Aprenden a respetar las normas y a implantarlas. No hay menos normas, pero estas normas las aceptan entendiéndolas como propias. O como con posibilidad de pelearse para romperlas. Estas son las normas de la calle.

“Hay menos normas ¿no? No hay ninguna norma en la calle.” (Sabin, 17 años)²⁴

“S. ¿qué te ha enseñado la calle?”

L. Cómo es la vida

S. ¿Y cómo es la vida?”

L. Por parte de algunos dura, y por parte de algunos... buena.” (Laurel, 18 años)

²⁴ Comparado las normas de la calle con las del colegio o las de la familia.

“Si hay muchas no me gustan. En la calle claro que hay normas, pero si quiero no las respeto... Hombre, pero lo que quiero, lo que quiero, no lo puedo hacer en ningún lado. Yo estoy mejor en la calle que en cualquier lado. Yo estoy mejor en la calle que en cualquier lado. Estoy más a gusto, estoy más tranquilo; nadie viene y te dice nada, puedes hacer lo que quieras. Yo lo que quiero es estar tranquilo ¿no? Hombre tampoco puedes..., yo que sé tirar un edificio, vamos.” (Sabin, 17 años)

Frente al aprendizaje formal, gran parte de los aprendizajes que hacen las personas a lo largo de su vida, lo hacen observando. Es el aprendizaje social. En estos adolescentes que tiene tan poca resonancia el aprendizaje formal, encauzar los aprendizajes informales puede ser una forma de encauzar su formación, desde la calle, con argumentos de ella.

“La calle ha llegado a gustarme estando.” (Sabin, 17 años)

La sensación de soledad, la apaciguan buscando compañía; recurren a la calle. Unas veces se vuelcan en buscar amigos. Otras, son los animales quienes les acompañan para evitar la soledad. Cuando tienen animales, eligen los que están prohibidos o sumamente vigilados; son animales exóticos, con los que marcan la exclusividad, la diferencia y el riesgo. O animales broncos, con los que poderse defender y con los que poder meter miedo a los demás. Incluso cuando viven con sus padres, ellos consienten estas situaciones como “normales”; los límites se vuelven muy laxos.

“S. ¿Qué animales tienes?”

L. Un dragón chino... Es una pogona, estilo un reptil... Tuve también una pitón ya esa me la he quitado pero tuve también una pitón...

S. ¿Qué miedo no?

L. ¡Bueno! No me daba miedo. Luego, ahora tengo un pitbull, un perro. Bueno una perrilla, y tuvo cachorros hace poco. Y nada, ahora es, nada jeje, alimentar a la perra y a los cachorrillos que, jeje, en cero coma ya no los voy a tener. Y la pogona. Estar con la pogona, que siempre que hace

calor y así, estoy con ella por la calle. Y simplemente pues eso, tener la libertad de estar con ella.” (Laurel, 18 años)

La transgresión por tanto, es una actitud que ponen de manifiesto en todo cuando hacen. El objetivo es seguir tomando sus propias decisiones.

“Me gustan mis amigos, porque sí, porque me llaman, porque son diferentes a los demás. Los del colegio no tienen ni puta idea, no tienen nada, no saben nada no tienen ni idea porque no están en la calle, no saben nada, o sea no... Los otros gente que sí sabe algo ¿sabes? Uno de mi clase le dejas en la calle y no tendría ni puta idea de saber hacer nada. No se buscaría la vida de ninguna forma, no. Yo me buscaría la vida pues de cualquier forma. ¿Cómo? Pues de cualquier forma.” (Sabin, 17 años)

Durante toda su vida han sido unos “engañadores”, primero para seducir a sus padres. Y luego para seducir y conseguirlo con los demás, en cualquier entorno. Es decir, tienen mucha habilidad para hacer aquello a lo que se han acostumbrado; su entrenamiento es muy repetitivo. Hacer algo distinto supondría esforzarse por aprender para conseguir lo mismo con más dificultad y mayor esfuerzo. “¡Paso!” es su habitual respuesta. “¿Para qué lo voy a hacer de otra forma si de esta consigo lo mismo o más?” (Sabin, 17 años)

“Y eso no me gustaba, lo que pasa que había veces que no te quedaba otra, sabes. Si pillas una cantidad de droga y la tienes que pagar, tienes que jugar a veces con la gente. Les tienes que decir, mira con esto de aquí te puedes sacar tanto y tal. Y en realidad le estabas dando todo el palo; o sea le estabas mintiendo.” (Cosmo, 17 años)

Ponen de manifiesto el gusto por el mundo en que se mueven y por la imagen que dan, unas veces grandilocuentes, otras malotes. Siempre conocedores de la calle. Esto potencia mucho más su habilidad para hacerse los “más populares”, “más conocidos” o “reconocidos”, “más temidos”. Pero no se dan cuenta que, en esta imagen es donde están “pillados” en la competición marcada por la comparación que hacen los demás.

En este caso por este mundillo de la transgresión. En ella se ven obligados a hacer cada vez más para mantenerse en las mayores cotas. Se darán cuenta que les perjudica.

“Que me pillen es malo.” (Laurel, 18 años)

“Entonces eso también me hizo despertar. Lo que pasa que me hizo despertar durante unas horas, sabes. Y luego seguí a mi royo. Me daba igual” (Cosmo, 17 años)

Enfocan la transgresión como un reto en el que poder destacar, tener o ser más que los otros, centrados en el dinero, su disposición y disponibilidad, así como en la imagen. Con esto además marca otra diferencia, el 'ser más listo que los otros', basado en los trucos, el arrojo y las mentiras para engañar a padres, amigos, etc. y trasgredir las normas.

El gusto por la transgresión se pone de manifiesto a través de la práctica de robos, engaños y timos. En definitiva y una vez más, saltarse las normas a cualquier nivel, porque se sienten protegidos y se arriesgan en una idea minusvalorada del delito y sus consecuencias. Unas veces porque son menores de edad y en ello se refugian. Otras veces porque piensan que su idea, es mejor que la de los demás y sólo se les ha ocurrido a ellos.

“Pero he vendido un ordenador de casa; no le quieres pagar, he cogido un ordenador y pista. Por ahora me he quedado sin ordenador. Y mi padre cree que eso se va a arreglar. Y lo tendré que arreglar porque el ordenador falta en casa, pero yo le he dicho que en cuanto salga de aquí, en cuanto yo tenga la libertad total, no condicional, cogeré e iré donde aquel pavo y le diré mira dame el ordenador, que ya hablaremos luego nosotros de dinero. En cambio le dejaré sin pagar. Le haré la 13 – 14. Sólo le debo 600 euros, a eso no lo llamo mucho; no son más que 10 gramos. Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve y diez. Diez por 60. Que tampoco es mucho, porque los 5 días de fiesta no te digo que no me metía 10 gramos. A dos

gramos por día.” (Cosmo, 17 años)

“P. De todas maneras, ellos no podían hacer nada porque yo era menor de edad jajaja

S. Lo dices con ojos de perversión ¿eh? Y con ojos sátiros

P. Jaja. No, si es que, total. O sea, que más da. Qué más da, que les cree una ilusión, si saben que no pueden hacer nada. Si intentan hacer algo, yo les puedo denunciar.” (Petunia, 18 años)

Cuando Roban, Engañan, Timan, hacen negociaciones engañosas, basándose en su capacidad para convencer a través del engaño y conseguir que los demás hagan lo que ellos quieren. Pero esta actitud no está bien vista y no podrán mantenerla durante mucho tiempo, si quieren avanzar. Utilizan como estrategias para conseguir lo que quieren, el victimismo, la fuerza de la debilidad, su capacidad para dar pena a los demás. O incluso utilizan la seducción para conseguir sus objetivos.

“Lo conseguía de diferentes maneras, vendiendo algún objeto de casa, por ejemplo. O le pedía a mi ama, le pedía en plan como que me iban a matar, en plan diciéndole que mi vida corría peligro. Y hay veces que si, eh, que me pegaban; esta cicatriz es de eso [se señala una cicatriz en la ceja] porque no había pagado y debía dinero.” (Cosmo, 17 años)

“Ayyyy, ¡qué sueño! jeje es que además he pisado un charco y tengo el pie mojado jeje. Tú pregunta lo que quieras ¿eh? Que estoy cansada pero da igual. No importa”. (Petunia, 18 años)

Esta actitud, la transgresión, es la que demuestra su convencimiento de poder conseguir todo lo que quieren, así como de querer todo lo que pueden. En este sentido son ellos y ellas quienes marcan y enseñan lo que han de hacer los padres. Es decir, los límites laxos apuntalan la idea de para conseguir algo, sólo es necesario cogerlo. Con esta actitud se enfrentan a la autoridad, se saltan las normas y se arriesgan a lo prohibido, que aún no lo tienen asumido.

“S. Me puedes contar el motivo por el que necesitabas robar?”

A. Porque no me daban

S. Porque no te daban dinero?

A. Si no te dan, tienes que robar. Yo pedía, primero pedía, pero como no me daban, lo cogía.” (Amapola, 16 años)

S. O sea que tu estrategia era...

L. Insistir. Es que si no me lo compras, lo robo. O algo de eso decía.

Y...acababan comprándomelo, porque si no lo robaba. Era un cafre...”

(Laurel, 18 años)

Es la forma de obtener el dinero necesario para lograr lo que quieren, sus caprichos. Las alternativas de trabajo no delictivas que por edad son posibles llevarlas a cabo, dan poco dinero para lo que quieren conseguir, requiriendo decir una cosa y hacer otra para conseguir más dinero, más rápidamente. De nuevo las actividades delincuenciales y el pensamiento egocéntrico.

Demuestran con ello no querer estar fuera de este mundillo, en lo marginal, lo ilegal, lo malo y prohibido. O no querer salir, frente a las afirmaciones que hacen. Es una forma de comunicarse hacia dentro y hacia fuera. Exteriormente manifiestan el deseo de “*salir de esto y dejarlo todo*” (Diego, 13 años). Internamente están convenciéndose de dejarlo, pero están impelidos a seguir.

“Mira eso fue una historia, es una historia un tanto truculenta, que te cuento. Mira, yo tengo unas llaves, de casa...y descubrí de qué eran, yo...es que había robado a mis padres mucho. Robado, robado. Dinero, pasta. Tenía una hucha, y yo iba cogiendo uno, dos euros, uno, dos euros. Compraba tabaco, todos los días... Porros no, la verdad es que nunca he comprado porros. Porque me los daban los colegas, así que ¡para qué! Aunque tampoco fumo mucho, la verdad. Yo con dos tiros ya estoy morada, o sea que yo le daba dos tiros al porro de un colega y ¡ya está! Yo les

robaba mucho, mucho, mucho. Y pusieron un cerrojo en su habitación. Cuando pusieron el cerrojo en su habitación, yo buscaba lo que pillaba por la sala. De oro ... o cosas de esas ¿sabes? Lo vendía. Y luego ya me cerraron la sala. ¡No podía ni ver la tele! rayadisima. Y había unas llaves en el colgador de las llaves de la entrada. Y dije ¡uhhh! Estas llaves...¿de qué son? Y probé. Y un día, llamé a la puerta de los padres de Miguel, y no estaban. Y dije --uhy, voy a ver con las llaves que tenía en el bolsillo y dije a ver de qué son, igual son de ahí--. Y abría la del portal. Dije “¡cóooooo!” subí y abría la de arriba. Y digo ¡cómo, cómo, cómo! ¡No puede ser! Y dije ¡ya está! Ya me he hecho las maletas. Y me llevé de allí, tres mil euros, y... no, dos mil euros, y luego, que no se enteraron , y fui cogí otros dos mil euros. Me gasté los dos mil euros en, dos semanas. Y me pillaron, me pillaron justo al empezar el verano, el día 21 junio de 2009. El año que nació mi hermano.” (Amapola, 16 años)

Pero resulta un poco incongruente hablar de negociación y convencimiento cuando luego lo desdice con la conducta caprichosa. Cuando no puede convencer con la negociación, convencen por la fuerza. Es una intolerancia a la frustración con una pataleta diferente, que traspasa y actúa contra el otro. Lo hacen saltándose las normas, vistas como una coerción a su libertad.

“Me saltaba todas las reglas que teníamos entre mis padres y yo a la torera, para conseguir dinero.” (Cosmo, 17 años)

Saltarse las normas lo enfocan como un reto en el que poder destacar, tener o ser más que los otros, centrado en el dinero, su disposición y disponibilidad, así como en la imagen. Con esto además marca otra diferencia, el “ser más listo que los otros”, basado en los trucos, el arrojo y las mentiras para engañar a padres, amigos, etc. y trasgredir las normas.

Primero se saltan las normas. Luego se buscan cómplices para saltarse a las normas, que suelen ser discordantes con sus planteamientos. Estas discordias suelen provocar

enfrentamientos y disputas por los trucos y tretas de ilegalidad. Con ellas toman una conciencia transitoria de la existencia de un problema, que enseguida se les olvida, en cuanto salen de nuevo a la calle y a su mundo.

“Mi novia me cubría. Ella veía muy mal lo que hacía, porque encima ella es mogollón de sana, ni fuma ni bebe. Bueno beber si bebe, pero no fuma ni se mete. Encima tiene un año menos que yo. Me echaba muchas broncas.”

(Cosmo, 17 años)

No respetar las normas como forma de enfrentamiento a los planteamientos familiares. Pueden aliarse con un padre u otro, según los momentos y las situaciones. Así los límites unas veces son más laxos y al reconocerlo, aprovechan esta situación. En este sentido, en la unidad son capaces de seguir las normas establecidas, pero en su casa quieren seguir poniéndolas ellos.

Su dedicación ha sido la transgresión, generalmente consentida por la madre, criticada por su padre; o al revés. Pero no parada. Es decir, las consecuencias nunca han llegado. Inicialmente se intenta convencer con la palabra, sin poner consecuencia alguna. Ellos recurren al refranero español. En este sentido otro refrán que refleja su funcionamiento es “hechos son amores y no buenas razones” o “dime lo que haces cuando no haces lo que dices”.

Por otro lado están **los consumos y sus consecuencias** como forma de saltarse las normas. Generalmente minimizan y minusvaloran los efectos perjudiciales, exaltando los efectos beneficiosos. Es decir, buscan tranquilidad haciendo aquello que saben va a perjudicar la tranquilidad, por prohibido y dañino.

“A mí sí me tranquiliza, y me gustaba. No sé. Me tranquiliza y me ayudaba a evadirte de los problemas, de cualquier problema que tengas en tu vida. Si discutía, pues me fumaba un porro; discuto con mi madre, me fumo un porro. No solucionar los problemas, eso no. Ayuda a taparlos. Es la juventud, es lo que hay.” (Sabin, 17 años)

Buscan la experimentación y suelen empezar los consumos de forma exploratoria y/o lúdica, como diversión de fin de semana.

“Y lo conocí en un concierto. Pero no porque yo lo pidiese, sino porque estaba en un concierto y justo al lado mío había un pavo metiéndose unas rayas, y me dijo —quieres una?—. Y le dije —pues voy a probar, voy a probar en la vida—. Y hasta ahora, hasta prácticamente el día que ingresé.” (Cosmo, 17 años)

No pensar, evadir el afrontamiento, les confunde. Hay diferencia entre lo que sienten y lo que dicen. No ven las dificultades que les acarrearán los porros, pero ven que en su casa las cosas no están bien por esta razón. Además, suelen evolucionar en sus consumos, cuando no los dejan. Empiezan consumiendo los fines de semana, pero enseguida pasan a consumir todos los días, con lo que necesitan más dinero y de qué forma conseguirlo les acarrea muchos más problemas, incluso ahora legales. Luego suelen venir las mezclas, terminando con cambios de drogas, como un salto en el escalafón.

“Cuando empecé con la coca no dejé el hachís. Al contrario, seguía fumando. O sea tu puedes coger y hacerte un porro y ponerle cocaína, sabes y eso es ya la mezcla explosiva, que es lo malo.[...] Cuando empiezas con mezclas explosivas puede que te quedes en la coca, pero puede que ya pases a la heroína. Y ahí es cuando ya es tu muerte.” (Cosmo, 17 años)

Aprenden a partir de la observación, la imitación y del miedo, a respetar las normas de los traficantes y del tráfico. Y lo siguen a raja-tabla. Ven a quienes trafican como diferentes y 'mejores' en cuanto a su nivel de “*ser listos*”.

Imitan también las conductas adultas, que hacen los “iguales”, cuando estos son más mayores; les gusta ir con los que tienen dos o tres años más que ellos y hacer lo mismo. Es una forma de demostrarse “*Yo también puedo*”. Es la forma de aprender. Pero

también es una forma de saltarse la norma establecida, como un enfrentamiento a la autoridad impuesta y una falta de su reconocimiento.

“Me las compré y falsifiqué su firma.” (Cosmo, 17 años)

“Pues eso es lo que me pasa cuando te toca levantarte esta mañana, cuando ayer te has ido a la cama a las tantas.” (Diego, 13 años)

No suelen hablar de los “*blancones*” o de la pérdida de control al consumir drogas. Sin embargo, los efectos que tienen, cuando los padecen les asusta tanto que limitan el consumo o lo abandonan.

“Es que no sabía que estaba viva. Fíjate, que eso ya jodido. Bueno el tema es que bajo las escaleras esas del parque cerca de mi casa, y joder eran mecánicas. Joder ¡qué bien!, las escaleras mecánicas, súper gracioso. Las farolas eran soles. Mogollón de soles, así mogollón de rayos de sol y luego estaba todo así que se movía mucho, así en plan es que Alicia en el país de los tripis muy malo fue eso. Y claro, tenía que me acuerdo que vibraba iba andando y notaba una sensación así ¡pa pa pa! Tenía sensación que iba vibrando, así como los {Monigotes} muñecos estos de cuerda y nada tenía mucha taquicardia y los dedos, sobre los ojos notaba así ¡pum, pum, pum” así también. Nada estoy yendo para casa, y los coches los estoy viendo así como esparcidos. Me puse, me acuerdo a hablar sola, así como en plan de —no estoy despierta, estoy dormida. Me he quedado dormida y me está pasando esto. Bueno estoy yendo para casa, estoy alucinando—. Y de repente que se me empiezan a caer las casas. Voy corriendo a casa con las manos en la cabeza, y agachada y llego al portal, y de repente que empiezo a hablar otra vez sola. Digo —bah, esto es un sueño, cuando abra la puerta del portal, de casa y esto se ha pasado—. Joer. Llego a casa, y lo veo ahí todo raro deforme todo, me siento en el borde de la bañera. Me empieza a dar todo así vueltas, como un tornado el baño, como que me comía, acojonada.” (Mimosa, 22 años)

“[La marihuana] Te deja casi inconsciente, de lo que haces, de lo que miras, de lo que piensas no controlas, yo...por lo menos no controlo. Y tienes que fumar mucho tiempo marihuana para que puedas aguantarla bien, y como yo no lo aguanto, y el hachís sí lo aguanto, pues...lo consumo habitualmente.” (Laurel, 18 años)

Los consumos de cannabis tienen para los adolescentes una utilidad ansiolítica y desinhibitoria, demostrada y claramente declarada. Han encontrado la forma de escaparse de los problemas durante un ratito. Luego necesitan volver a consumir. Son poco conscientes del daño que les hace, tanto física como psicológicamente.

“S. ¿Y por qué fumas?”

L. Porque soy un poco nervioso. Alcohol consumo poquito. [...]El fin de semana igual, pues para ponerme chiribita a tono. Pero nada más, lo justo y necesario, bebiendo media botellita o así, de alcohol de entre veintipico y cuarenta grados.” (Laurel, 18 años)

El planteamiento inicial es la imposibilidad de abandonar este submundo (trapicheo, entendido como conseguir cosas, no siempre de forma lícita, para luego venderlo y obtener un beneficio para sí mismo). Demuestra el gusto por mantenerse donde está, la escasa concienciación por cambiar y dejar toda esta historia, en línea a su falta de esfuerzo y de obligaciones habituales. Es decir, desde ese ambiente se intentará mantener la rutina. Es lo que los psicodinámicos establecerían como el placer frente a la realidad.

“Estoy intentando pasar pero es imposible salir; ya te conoce la gente. Si quieren algún favor te lo piden aunque hayas parado; desde dinero, desde robar, pegar a gente. De todo.” (Diego, 13 años)

El hábito, conseguir dinero rápido, salir de la pobreza o de las carencias propias de la infancia, para conseguir los caprichos sin esfuerzo. Pero, esta vía rápida y fácil trae

consecuencias desastrosas en todos los ámbitos de la vida.

A partir de aquí se pone de manifiesto los beneficios que obtienen estos adolescentes con la permisividad social respecto al “*trapi*” que asumen como su forma de “*buscarse la vida*”, rápida y fácilmente. Es el trapicheo con las drogas llamadas menores (THC)²⁵ o el robo y venta de objetos. Además, la exageración de los logros obtenidos con sus transgresiones, desde una mirada infantil de la cantidad de dinero conseguida.

“[He trapicheado] Si pero tampoco en grandes cantidades.” (Diego, 13 años)

Ven el mundo delincuencial como una forma atractiva, como forma para “ganarse” la vida y labrarse su futuro. Minusvalorar la actividad delincuencial e idealizarla, les ciega ante las consecuencias, centrándoles sólo en una utilidad del uso como diversión; la utilidad de la actividad es pasarlo bien, por “*el ocio*” que proporciona y el dinero que reporta, sin pensar en nada más, sin pensar en las consecuencias de los hechos para los demás. Pensamiento egocéntrico e infantilizado. Otra forma de autoafirmarse, reafirmandose aunque inicialmente muy inmadura, tanto que puede convertirse en antisocial, virando hacia el lado delincuencial o victimario, al considerarlo “*lo normal*”.

“S. ¿Y cómo consigues el dinero para comprarte los porros?”

L. Trapicheando, pero en el trapicheo hay consecuencias. Que me pillen [se ríe].” (Laurel, 18 años)

Es un intento de etiquetar como normal el funcionamiento de las bandas, minusvalora su carácter delincuencial: extorsión, robo, amenazas, atemorizar, uso de la violencia y la agresividad. De nuevo recurren a la simplificación excesiva ya mencionada.

“A mí no me han dicho para pegar para partirles las piernas a nadie como en la mafia ni nada; a mí me han dicho dile a este que como tal; o pégale, tampoco con bates de beisbol como las películas. Unos golpes simplemente. (...) Cosas normales, para mí por lo menos, normales.” (Diego, 13 años).

²⁵ THC: Tetrahidrocannabinol. Es componente psicoactivo de las plantas del cannabis.

Minimizan los riesgos del consumo, de la venta y del trapicheo. No ven que es una actividad delincuencial. A veces no reconocen lo que hace para ganar dinero. Pero se delatan con su silencio o con sus otras formas de decirlo.

“Yo conozco a gente que consume de 19 ¿sabes? Y no era una cosa... No les pasa nada. No pasa nada, ninguno hay gente que estudia y todo. Yo podía estudiar.” (Sabin, 17 años)

“Y eso me lo dicen porque alguna vez he ido con mogollón de coca y decir, toma una raya, sabes. Y regalar ahí a la gente. Y esto no era para comprar amigos, lo que pasa es que me sobraba tanto que lo regalaba. Se podría decir que soy generoso, aunque en realidad no se le puede llamar generoso a eso porque no estás haciendo ningún bien. O sea estás regalando cosas malas.” (Cosmo, 17 años)

A pesar de minusvalorar el efecto perjudicial, son conscientes de la diferencia de los efectos que pueden hacer las distintas sustancias, o sus concentraciones. Otra cosa diferente es dar el paso para abandonar el consumo.

“Pero ¡que no pasa nada porque la gente fume!” (Sabin, 17 años)

“Empecé fumando tabaco muy pequeño (con 9 años). Y simplemente la curiosidad de si me va a gustar o no. Empecé fumando tabaco, me gustó y a la de tres o cuatro años de fumar tabaco pues empecé con el hachís, porque yo marihuana no fumo. Porque para mí el hachís es más blando, y puedo soportar el efecto que te hace. Pero la marihuana no la aguanto.” (Laurel, 18 años)

Ingenuamente establecen la normalidad del tráfico de sustancias que hacen porque están seducidos por la imagen dada y reforzados por las ganancias que obtienen, rápida y fácilmente. Es la ruptura de la temporalidad de la experiencia recién vivida y búsqueda

perpetua del bienestar por encima de todo, apuntada por Santillano⁽⁵⁾, en una visión que se quiere escapar de la crítica de su vida cotidiana y de las transformaciones que en ella se están dando. Suelen plantear la duda retórica “¿*Qué tiene de malo?*”, estableciendo de nuevo una normalidad oscura, fundamentada en conseguir opciones para pasar el tiempo y divertirse con alternativas arriesgadas.

“[Habla de un hacker amigo suyo] Pero tampoco se mete ahí en cosas como se mete en la película, que se meten en las cuentas del gobierno y eso ¿no? Él lo hace por divertirse” (Diego, 13 años)

La información disponible existente sobre el cultivo de THC, hace verla en esta perspectiva “naturista” y bucólica, como una fuente de ingresos garantizados, para “vivir sin esfuerzos”. Pero todo no se queda en el cultivo; luego viene el tráfico, también mitificado. La realidad, menos exagerada en cuanto a los beneficios y más brusca, en lo que las dificultades, rivalidades, peligros o complicaciones se refiere, intenta ponerse delante pero su esfuerzo es negarla, idealizándola. Los planes son estos:

“Se plantan unas plantas en un piso de un amigo, lo pagan con droga; o sea el 50% para ti y te pagan por el piso. Lo que pueden sacar en droga es mucho, una planta te puede dar un kilo y un kilo son más de trescientos euros y si se la tienes semanal pues un kilo a la semana. Si la tienes flaca a malas pero si está bien cuidada su luz, su agua pues, si, si la coges floreciente, que te sale cada siete días, hombre un kilo no pero te puede dar menos pero trescientos euros, doscientos y pico. Multiplica eso por ¿Cuántas semanas tiene un mes? Cuatro por doscientos y pico digamos trescientos, sale a mil doscientos. Por doce por doce que es lo que tiene el mes, al año te sale también una burrada) tienes para el piso para la comida, para el coche. Como solo es legal, más o menos tener dos plantas en la misma esta, salvo el que lo tiene entre amigos y lo comparten todo y ahí sí que se saca dos plantas por casa algunos lo ponen hasta en casa de sus padres, de sus abuelos, en la suya. No digo tampoco que sea una vida buena pero tampoco es mala. Se puede vivir con sin esfuerzos. Más bien para el que no tiene nada que hacer, pues mira por lo menos consigue

sobrevivir. ¿Qué tiene de malo un tío que no trabaja que esta todo el día en casa? para luego coger día que ha quedado conmigo (un taquito) tal, tal, tal oye me pasas nosécuantos, en tal sitio a tal hora. Fun, wi, wi, y ya está. Eso no tiene esfuerzo. Yo creo que mejor que un obrero que igual cobra menos y esta mas horas y encima trabajando duro. Cuando el otro está ahí sentadito en el sofá, mirando la planta; una hora diaria lo que es dar luz, regar. Y no tiene más misterio”. (Diego, 13 años)

“Tengo un amigo que tiene varias plantas en casa y a veces que he ido a su casa, yo que se le ayudo a arreglar, a regar, a poner luces.” (Diego, 13 años)

“Problemático yo eso no lo veo. Bueno si el otro no le apetece pagarme la esta y me mete un navajazo y me lo roba y ya está.” (Diego, 13 años)

“¿Qué tiene de malo?” Es una pregunta, que como a los niños chiquitines, cuando preguntan por qué y no encuentran la justificación que les satisfaga su curiosidad. Es la pregunta con la que indagarán sus ambivalencias respecto a su fantasía imaginaria y la realidad tozuda, problemática y compleja en la que se tienen que valer.

En esta negación, no quieren ver los problemas que puede acarrear, tanto para sí mismos como para los otros, pues consideran a los demás como elementos de su propia satisfacción, fuera de cualquier respeto o consideración de la dignidad humana.

“Que tiene de malo ser hacker. Yo tengo un amigo que es hacker y no pasa nada.” (Diego, 13 años)

Hay una identificación del vacío en el control por parte de las autoridades, ¿quién mantiene el orden, quién se ocupa de la vigilancia, de cortar el tráfico o el trapicheo? La doble moral, el pasotismo de “a mí no me toca solucionarlo”, o si total van a salir por la otra puerta, la consideración de blandura de esta droga, el conflicto y el debate por

legalizarla, además de volver a minusvalorar esta actividad o a supervalorar las propias posibilidades.

“Pero [la policía] por eso no te dicen nada hombre.” (Diego, 13 años)

“Pero si llevas, dices que es para consumir, y ya está. Si es por comisión, hombre te dicen; llaman a tus padres y te la quitan pero nada más.”
(Diego, 13 años)

“S. Y hacer tus cosas sería dedicarte al trapi, tu cultivo

L. Sí, y si lo puedo hacer legal, mejor. Yo no tengo ningún problema en ir al gobierno y preguntarle a ver si me dan una licencia para hacer un grow. Un grow que hay un montón por ahí.” (Laurel, 18 años)

Respecto a la sensación de protección que tienen para justificar cuanto hacen, es fundamental cómo utilizan la edad como protección, a sabiendas que la ley y la autoridad no puede hacer nada más que reprenderle, cuando los padres no se esfuerzan por poner los límites adecuados.

“S. Dices que te metías en fábricas y en sitios donde no te tenías que meter ¿Qué hacía allí?

L. No jeje, simplemente destrozar. A romper todo

S. Y eso ¿por qué?

L. Cuando era menor, cuando era menor, sabía que no me podían hacer nada, como mucho meterme al calabozo dos horas ¡y pa'casa!. Me aprovechaba de eso.” (Laurel, 18 años)

“Le conocían de sobra a mi hermano. Y, como tenía esa protección, yo me lo creía más, y sabía que si me enfrentaba a alguien, no me iba a tocar. Por el simple hecho de que mi hermano estaba detrás.” (Laurel, 18 años)

Las negociaciones y los pactos los afrontan desde planteamientos de ganar/perder. De nuevo se establece la competición, pero no se establece la competencia. Se arriesgan así a lo prohibido, entendiendo la vida como un juego.

“Pero yo pensaba que era un game, un juego. Te he dicho la palabra inglesa porque me gusta. El caso es que pensaba que la vida era un juego, estaba jugando igual que al pocker. Todo el rato estaba manejando mis cartas. Todo el rato al filo del riesgo, pero al final caes por el barranco.”
(Cosmo, 17 años)

“[Poner un growshop de marihuana] lo haría con un colega que también quiere hacerlo. Lo haríamos, no sé, en el barrio.” (Laurel, 18 años)

Pero realmente lo que saben hacer es negociar, porque lo han hecho desde siempre. Y además, la mayoría de las veces ellos han sido los que han decidido sobre los argumentos de la negociación; en este sentido han liderado los pactos a partir, con toda seguridad, de la sobreprotección de los padres.

“He tenido que negociar diferentes cosas con mi padre, desde dinero que debía hasta cómo es mi ritmo de vida, sabes. Y al final el arreglo que tiene es que siempre hemos llegado a buen fin; osea, siempre nos hemos entendido. Osea que la relación con mi padre es buena, aunque no consiga lo que quiero, porque él me convenza de porqué no debo conseguirlo, sabes. O puede que me diga, esta vez ese camello se queda sin cobrar. Pero que me convenza. A eso me refiero con llegar a un fin.” (Cosmo, 17 años)

“Con el tiempo seré hábil negociando. Lo que sigo lo consigo.” (Laurel, 18 años)

Los chavales más próximos a la droga, que se han dedicado al trapicheo con ella, son los que más acostumbrados están en su casa a negociar, a tratarse de tú a tú con sus padres. Es decir, negociar con la droga es la extensión y continuidad de su vida familiar,

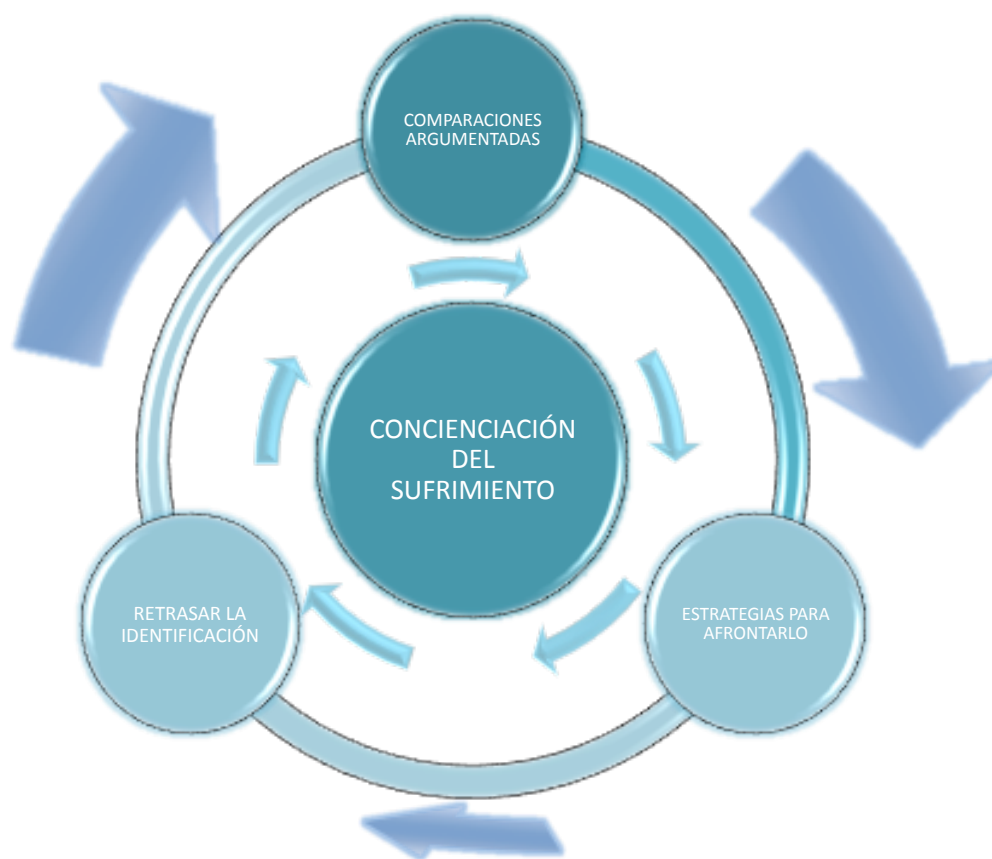
es para lo que mejor están preparados porque lo han hecho toda la vida. Mejoran su práctica con la misma práctica. Pero además ahora tienen la gratificación del dinero, la facilidad y la rapidez con la que lo consiguen. No es necesaria formación alguna, pero se pueden autoformar e informar con sus colegas. No tienen jefes que les digan cómo lo deben hacer, cuándo, dónde, etc. Es decir, en el trapicheo encuentran 'su salida profesional' más adecuada a sus características y competencias. Su horizonte, inicialmente, afianzar o ampliar su mercadeo.

Las estrategias aprendidas para afrontar el sufrimiento de su vida, lo manifiestan en todo cuanto hacen. Los problemas con su familia, el aburrimiento insoportable, el enfrentamiento a los pares, vuelve a subrayar la necesidad de supervisión y apoyo, ahora abiertamente rechazados a través de expresiones emocionales intensas. Por otro lado, la falta de ganas de estudiar cosas que les aburren y a las que no encuentran sentido, les hace tener serias dificultades escolares, hasta llegar al fracaso, refugiándose en sus gustos y aficiones, mucho más apasionantes. Pero les hacen entrar en una derrama de conductas inadaptadas y ofensivas que les traerán repercusiones importantes. Con ellas, con su recuerdo y su análisis, irán tomando conciencia de su sufrimiento. Este es el proceso que veremos en el siguiente capítulo.

4.5. CONCIENCIACIÓN DEL SUFRIMIENTO

El sufrimiento de hacerse conscientes del sufrimiento, es la cuarta de las categorías principales que han ido emergiendo del análisis. Con ella queda representado el proceso de llegar a saber y poder asumir lo que les ocurre, integrar conocimientos y reconocer sentimientos sobre la situación en la que se encuentran. Es decir, establecer la conexión entre la inteligencia racional y la emocional. Estos adolescentes se ven obligados a afrontar dificultades e identificar el tono afectivo provocado por el fenómeno: displacer, peligros y contratiempos. Lo consiguen a través de varios elementos que constituyen las subcategorías representadas gráficamente en la figura 6 expuesta más abajo.

Figura 6. La concienciación del sufrimiento



La concienciación del sufrimiento, se convierte en un proceso de elaboración con diferentes momentos. Los momentos aquí apuntados les lleva, también, a tomar

decisiones con una funcionalidad protectora. Tales decisiones se producen de forma automática, reaccionando al malestar en la línea del TC; de una manera impulsiva, sin considerar las consecuencias que conllevan. El momento de empezar se identifica en las expresiones que dan los propios adolescentes.

A partir de ahí empecé a drogarme.” (Mimosa, 22 años)

Cuando los chavales toman estas decisiones, entran en un camino en el que necesitan 'escondarse', pero seguir viviendo como si no pasase nada. Al identificar su realidad, hay un rechazo automático, porque no están de acuerdo con sus vidas. Así toman decisiones en su contra. La rebeldía y “las locuras” son la catarsis de su “*Pasar mal*”. Este es el momento de no pensar en sus comportamientos ni lo que estos provocan, en los demás y en sí mismos. Cuando piensan tienen tanto sufrimiento, lo pasan tan mal, que la rabia aflora en toda su identidad para esconder la tristeza subyacente. Ellos son la rabia, están contra todo y contra todos, en una lucha intensa para encontrar una identidad. Una lucha para encontrarse a sí mismos, en un momento en el que se han perdido, para poder asumir su realidad. Más tarde, cuando pueden aceptar el sufrimiento de su vida, encontrarán la tranquilidad. En todo este proceso, se avergüenzan y se arrepienten de los actos cometidos,. La vergüenza les ayuda a cambiar.

“Y yo era muy mandona, y era como la líder de un grupo que se metía siempre en líos. No un grupo de pegar a la gente, sino un grupo de sin más que iba de trastadas, de ir por el colegio por donde no se podía ir, de entrar donde no se podía entrar, de escuchar a los profesores en sus conversaciones de los alumnos. Cosas de esas que son travesuras. Y luego, con 9 años, un año también hice bulling a las dos nuevas que había.” (Petunia, 18 años)

El modelo que constituye la categoría concienciarse del sufrimiento y que he desarrollado en las líneas precedentes, está compuesto por tres subcategorías:

comparaciones argumentadas, retrasar la identificación y estrategias para afrontarlo.
Las expongo a continuación.

4.5.1. COMPARACIONES ARGUMENTADAS

Es la *comparación* establecida *con* lo que tienen o hacen *los demás*. Es la comparación entre lo que ellos piensan y lo que piensan los demás. Tal comparación se basada en lo que ven a su alrededor y forma parte de lo ajeno y diferente a su familia. Tales diferencias ponen de manifiesto otras formas de hacer y relacionarse; otras formas de enfrentarse a los problemas y a las dificultades que estos suscitan.

“[Los demás] no... saben que es difícil la vida pero no saben qué, lo que puede ser para una gente... para una gente, puede ser un reto la vida... para otra, puede ser un sin más, un caminito de rosas. Para una gente, parece que ellos han tenido la vida más encaminada... Más fácil, sí. Probablemente no... que desde fuera parece que una vida fácil, ha sido una vida fácil, pero en algún momento de esa vida, ha tenido momentos difíciles, pero... no sé...” (Margarita, 13 años)

El entorno familiar es el contexto donde se gesta el problema y dónde se dan las primeras manifestaciones. A medida que se hacen mayores y entran en contacto con entornos diferentes, el problema se extiende cuando intentan reproducir lo que hacen en casa. A veces lo consiguen. Pero otras muchas surgen los enfrentamientos porque hay más dificultades e intervienen otros adultos, profesores y otros padres que ven deficiencias en los comportamientos. El problema ya ha salido del entorno familiar e involucra a otras personas. Ellas serán las que se quejen e insistan en recordar a los padres la necesidad de establecer una supervisión más cercana, así como de encauzar los comportamientos más disruptivos.

“Mi padre vivió eso mal, muy mal porque ya era un tema serio. La cocaína ha matado a uno de sus mejores amigos; se quedó primero parálítico y luego murió. Era de Barcelona. Mi aita me plantea un cambio de vida radical y yo lo acepto pero cuando me piden hacer un análisis de tóxicos, me negué y al decir eso, la psiquiatra de urgencias, que no sé cómo se

llama, me dijo, —o te haces el análisis o te atamos a la cama—. Y me ataron a la cama. Y al final me tuve que hacer el análisis porque ya no quedaba otra. Y entonces ya no me pude negar.” (Cosmo, 17 años)

En este momento, las comparaciones van y vienen a través de *argumentos y contra-argumentos* sobre “su tema”. Este tema suele ser el entendimiento de su historia, con la finalidad de comprender el sentido de su vida. En esa tarea han ocupado toda su energía, la lucha por la supervivencia y por entender las actitudes de sus padres y, aún, un poco menos las suyas.

“S. Me llama la atención que firmas como Amapola Roja, en lugar de Amapola Sawier

A. Porque el apellido de mi padre no lo respeto. Porque no tiene ningún significado para mí. No ha hecho nunca nada por mí, simplemente me ha mandado el dinero....; no es mi padre. Mi padre es mi abuelo. No me gusta llevar su apellido.

S. ¿Estás enfadada con él?

A. No..., tampoco es un enfado. No es ni enfado ni desenfado, porque no... Nunca he tenido esa relación que tienen padre e hija de..., como se quiera decir, tal hijo o de hijo a padre

S. ¿Cómo tendría que ser, según tú esa relación padre hija?

A. Pues...por lo menos haber estado contigo de pequeña ¿no?...o algo. Él ha estado, pero estaba dos días y se iba... Y cada mucho tiempo. Mandaba dinero, eso sí. Pero... ¿de qué vale el dinero?” (Amapola, 16 años)

De momento, el problema se sitúa fuera de sí mismo, los otros son los culpables de cuanto les pasa. No pueden ver aún que de ellos también depende su situación. Además, viendo su implicación tienen más posibilidades de controlar su entorno y autocontrolarse. Dado su despiste, unas veces se hace desde el colegio y otras son los padres quienes consultan, pero se establecerá un contacto con profesionales de la salud o sociales. La atención de los padres es imposible y acuden a salud mental. A veces el

ingreso en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil hospitalaria se hace indispensable, como medida de despistaje diagnóstico, como medida de contención.

“Mi padre ya me dijo, yo no tengo nada que hacer. Te pongo en manos de los médicos y que ellos hagan lo que tengan que hacer. Y mira donde estoy, hablando contigo sobre toda mi vida en una mesa.” (Cosmo, 17 años)

Una vez ingresados se observan varios patrones. Fundamentalmente dos. Por un lado, los adolescentes menos supervisados. Estos atienden bien las normas de la unidad, no suelen plantear más problemas que las llamadas de atención al equipo de enfermería, atención que agradecen y necesitan. Suelen mostrarse colaboradores. Consideran a los profesionales de la salud como una extensión de “mi familia; allí estaba protegida y acompañada.” (Mimosa, 22 años). Los ingresos van a ser frecuentes hasta la mayoría de edad. Suelen mantener un contacto posterior, bien por teléfono, bien a través de visitas a la unidad.

Por otro lado están los que se consideran, los “malosos” (Diego, 13 años) que intentan dar una imagen de duros, experimentados y de saber bien lo que quieren y les conviene. Suelen mostrarse querulantes y reivindicativos en un primer contacto, rechazando el ingreso, bien porque se sienten engañados bien porque se sienten traicionados y no apoyados por sus padres. Cuando pasan los días y ven que su actitud no adelantará su marcha de la unidad, aceptan el ingreso como mal menor, adaptándose bien a la unidad, aceptando las normas y las indicaciones sin plantear más problemas. Inicialmente, son los que suelen necesitar sujeción mecánica. Precisamente porque mantienen la misma actitud opositora, desafiante y retadora de la calle. Es frecuente que vayan engañados o no terminen de creerse que sus padres aceptarán el ingreso en el hospital.

“Al hospital fui un poco engañado. Me dijeron que íbamos a llevar un papel, y me metieron ahí Hombre, [mis padres] tampoco tenían que haberlo hecho.” (Sabin, 17 años)

A veces interpretan la decisión de los progenitores en la responsabilidad y autoridad de los profesionales, apuntando a la poca claridad en el establecimiento de los límites por parte de sus padres. La frase *“algo teníamos que hacer”* a la que suelen recurrir los padres cuando se sienten desbordados respecto al manejo de los chavales, cuando ya no son capaces de mantener los límites que los chavales necesitan para cambiar sus conductas. Por otro lado, la falta de concienciación de su problema, personal, familiar y social, hace que la medicación sea considerada innecesaria. Sin embargo, se lamentan del tiempo que ha estado sin ella cuando entienden que existe un problema cerebral, como puede ser un Trastorno De Atención con Hiperactividad (TDAH).

“El ingreso tampoco fue por ellos ¿eh?, que fue por la psiquiatra que me ingresó, por no ir a su cita y por no medicarme. Fue por eso. Por eso.”
(Sabin, 17 años)

La sujeción mecánica es la herramienta utilizada en última instancia para contener y ayudar a controlarse los adolescentes, cuando por sí mismos no lo pueden hacer. Lo reconocen como el factor que les ayuda a pensar porque no pueden hacer otra que gritar e insultar desmesuradamente, recordar su vida y analizar sus experiencias. Y con ello, afrontarse a sí mismos. Junto con el ingreso hospitalario, supone el freno necesario para romper la inercia en la que están sumidos, para poder observar cosas diferentes, personas distintas, hábitos sanos.

“El atarme 8 horas a una cama ha tenido consecuencias demasiado positivas, sabes? Tenía una mano suelta y al final me la ataron. Y bueno, me pincharon en el culo de la parte izquierda y me lo dejó todo dormido. No sé si era tranxilium o qué, pero bueno. Joder, me dejó ahí totalmente tirado.” (Cosmo, 17 años)

“Y como hasta entonces no había razonado nunca, pues en ese momento fue el momento clave para razonar.” (Cosmo, 17 años)

“Entonces las 8 horas atado, parecía la sala de la niña del exorcista y claro, no sabías que hacer, gritaba y no me hacía caso nadie, pues entonces sólo podías pensar y razonar.” (Cosmo, 17 años)

“Me trajeron atado desde la urgencia en una silla. Vine muy cabreado por eso. Pero, el ingreso, provocado por diferentes motivos, me vino de putísima madre, para ingresar.” (Cosmo, 17 años)

Al principio del contacto con los profesionales de la salud mental, su nivel de conciencia permite percibir el peligro o el riesgo; están en el proceso de tomarla. Pero durante muy poco tiempo. No terminan de creerse lo que les dicen los demás. El proceso requiere tiempo para convencerse y concienciarse realmente de lo que ocurre, tanto como de sus consecuencias. Este proceso es un poco más difícil y más largo de lo que se puede pensar. Aunque bien es cierto que todo ayuda. Representa la diferencia existente entre saber y querer; y entre querer y realmente hacer. Es decir, entre razón y emoción. La razón, el principio de realidad freudiano, es más inmediata que la emoción (principio de placer). Sus exigencias son diferentes. Y los tiempos requeridos, también. Los gestálticos hablan del 'darse cuenta', como proceso de conjugar razón y emoción, para llegar a asumir una realidad previa a la toma de decisiones e introducir los cambios oportunos.

“S. Qué te pasaba para ir al psiquiatra

R. A mí nada. A mí me mandaron y fui. Yo no me sentí incomoda allí ni nada, pero a mí me dijeron vas a ir a un psiquiatra. Y yo ¿qué es eso? Como un psicólogo. Yo ya iba a otro, -como no me podía atender la psicóloga que iba antes te traemos a este—. Vale. Y yo iba. Y voy.

S. Me dijeron que fuese al psiquiatra y yo fui pero ¿qué te veían? ¿Cómo te verían?

R. Yo es que antes era muy nerviosa

S. ¿Y qué hacías?

R. No sé, jejeje, a mí me dijeron vas a ir a un psiquiatra, y dije —vale! —

S. Pero en esos nervios qué hacías, pegabas a la gente o qué hacías?

R. No creo, no. Es que, me envían porque, a ver, aunque yo vaya al psiquiatra, a mí me cuesta llorar. Me estas contando algo de mi padre, que sé que está muerto, y —vale—. Me cuesta un montón llorar, la verdad. Yo para llorar soy muy..., siempre estoy alegre contenta, bromeando. Y..., el otro día me dio, el jueves se quedaron alucinados conmigo en el colegio porque me quería ir pa'casa después del patio. A qué hora sería, a las 11:30, me quería ir para casa. Encima no había venido ni mi tutora ni nada, yo me quería ir para casa y empecé a llorar y la secretaria me dice, —pero qué te ha pasado Rosa, pero si tu eres siempre muy alegre, muy contenta. A ti para que te vean llorar, te ha tenido que pasar algo muy grave—, y yo —no me ha pasado nada; yo me quiero ir para mi casa—.”
(Rosa, 15 años)

“S. No te ponen medicación. Únicamente vas a terapia, ¿cuántos días al mes?

A. Un día a la semana. Los miércoles

S. ¿Y a consultas?

A. Hace mogollón que no voy

S. Y ahí en la terapia ¿qué hacéis?

A. No se puede hablar.” (Amapola, 16 años)

“S. ¿Quién decide que ibas a venir al psicólogo?

C. Mi madre

S. ¿Pero tú le habías dicho que necesitabas estar con un psicólogo, o que necesitabas ayuda...?

C. No, pero como cuando era pequeña estaba siempre en psicólogos y en pedagogos, y esas cosas

S. ¿Porqué?

C. Porque, al principio, de pequeñita tenía dislexia o lo decían. Me hicieron repetir. Luego no me gustaba ir a clase, y no hacía nada. Y, pues todo eso. No me gustaba estudiar y siempre suspendía. No pero, ahora es igual

S. Jeje, es igual pero tampoco te gusta ir a clase?

C. Ahora sí me gusta pero para estar con los amigos.” (Camelia, 16 años)

Estarán ocupados en buscar, permanentemente, para intentar encontrar una explicación razonable a la renuncia parental, al hecho de sentirse hijos no cuidados, o distintos a los que ven en su entorno; intentan buscar en definitiva el entendimiento desde la implicación emocional que supone sufrirlo.

“Si no fuera inteligente... estuviera muerta ¿no? Mi inteligencia ha sido la que me ha salvado, porque yo...empecé a darme cuenta, con episodios como si fuera...de psicosis, con episodios que de repente me viene la idea de “yo no tengo la culpa”. De pensar que yo no tengo la culpa... Yo no le estoy haciendo nada a mi madre... Ella es la que me está haciendo daño, no sé qué... A de repente venirme un flash de “¡qué culpable me siento! ¡Ay, que culpable me siento! ¡Qué he hecho yo! ¡Que soy una asesina! No sé qué,... Que me va a matar, noséqué, porque soy...”. A de repente a decir..., “no. Yo tengo que...”. Y de repente...otra vez. Es como estar de repente en una ciudad..., y de repente encontrarme aquí contigo..., y de repente, estoy en la playa, y de repente estoy aquí contigo. O sea. Y yo, he maquinado todo el rato así como que..., a ver las cosas como son realmente... Y lo he pensado, y lo he pensado, y lo he pensado y he logrado salir de ese sometimiento...dándome cuenta de la realidad. Que costaba mucho, porque yo estaba en una realidad completamente ajena al mundo. Entonces es imposible... O sea..., yo con mi inteligencia no he podido, es imposible, que creo que la gente pueda revelarse ante una situación así. Porque de una situación así, no se puede.” (Petunia, 18 años)

Como demuestra la cita, está omnipresente la ambivalencia de querer y no querer, de querer y no poder, en otras ocasiones. Ir hacia delante y hacia atrás en el descubrimiento de su realidad sobre su condición de abandonado, desatendido o desplazado. Otro proceso abierto. Bruce y cols. encuentran en su investigación sobre sufrimiento existencial lo que han denominado *Refugiarse en lo conocido*, opuesto al afrontamiento

al problema, una forma de evitar el afrontamiento de la cruda realidad, para “*proteger un poco más el sentido básico del yo*”^{(147, p.) 12}. La confrontación supone la ruptura con lo previo, con lo sabido, con lo aprendido. Y esto resulta costoso. Necesita ese ir y venir en el proceso de concienciación.

“Yo una vez ya que no estoy con mi madre y estoy así, bien pensando digo, —bua pa’qué decirle— porque yo encima el miércoles le iba a decir, —Uno, mira maja, me das mi cadena o vamos a tener problemas—. Porque lleva mi cadena hace quince años —ya, mira maja, me das mi cadena o vamos a tener muchos problemas. Y dos no voy a volver a venir a verte. — Pero como (no viene) no puedo hablar con ella; siempre que quiero no está, y eso me da mucha rabia.” (Rosa 15 años)

Por otro lado, el ir y venir también está en reconocer y desconocer la necesidad de un cambio de conducta, de aprender a hacer las cosas de otra manera y tener la suficiente ausencia de rabia o tristeza para poderlas hacer. Supone identificar sus emociones y poderlas asumir para establecer el cambio necesario en su planteamiento de vida.

“Poco a poco voy entrando por las normas, porque nunca las he tenido, me las he saltado a la torera. He hecho miles de trucos para saltármelas. Lo de la novia, por ejemplo, eso me parece un buen truco. (Se ríe de su genialidad) Pero he hecho mejores. Lo que pasa que ahora no lo recuerdo. Porque no estoy pensando ahora en trucos, estoy pensando en cosas claras, en ideas básicas, en ideas buenas, en ser legal. Yo antes era ilegal, ilegal 100%.” (Cosmo, 17 años)

Las ilegalidades en las que han incurrido han supuesto impunidad durante mucho tiempo. Este hecho es también responsable de mantener una conducta tan disruptiva, porque saben que mientras son menores no van a pagar consecuencias tampoco judiciales. Sin embargo, tanta insistencia, termina por tener su fruto. Así el contacto con la justicia es la constatación de haberles pillado cuando se saltaban los límites y las

normas. Rondan el mundo delincuencial. El contacto con la justicia les da miedo y a partir de él es cuando empiezan a darse cuenta de la necesidad de cambiar de vida.

“Llamaron a mi padre y mi padre vino, y llamaron a la ertzaintza²⁶. Y me obligaron a venir al hospital y pun. Lo que ha pasado hasta ahora. Me llevó a urgencias, me hicieron análisis de tóxicos en la urgencia y me ataron a la cama. Porque al ser menor tenían que hacerme un análisis de tóxicos, porque la dya²⁷ me dijo que tenía las pupilas dilatadas.”
(Cosmo, 17 años)

“[Todo esto ayuda] A darse cuenta. Y claro, hay gente que no lo aprende.” (Valeria, 17 años)

La hospitalización es la primera alternativa para saber qué les pasa cuando hacen estas “locuras”, se descarta la existencia de una enfermedad mental, de la existencia de falta de voluntad y alteración en el juicio para interpretar la realidad. Se ve, sin embargo, que tales conductas son la continuación lógica de lo que han hecho hasta ahora, desde el planteamiento de ¿Por qué hasta ahora si y ahora no?

“¡Joer!, problemas en casa, estar con educadoras ffff, bah, palacio de justicia, por aquí por allá, trabajos sociales, de todo. Jó, pues porque era una notas, ¡joder! ¡Era una niñata! Pero hoy en día puesss; pues bueno, todavía tengo 22 años y todavía puedo tener comportamientos como cualquier chavalillo de 22 años.” (Marina)

La alternativa protectora que suelen imponer los jueces se encamina hacia la formación y el desarrollo de estos adolescentes, hacia el aprendizaje de conductas alternativas a las que ahora han mantenido. Así les obligan a realizar un análisis de su vida y de sus posibilidades. Suelen imponerles trabajos sociales, con la finalidad de que se den cuenta

²⁶ Ertzaintza: Es la policía del País Vasco

²⁷ DYA: Asociación sin ánimo de lucro de ayuda en carretera, Detente Y Ayuda. Se ocupa, entre otras cosas de trasladar personas a centros hospitalarios.

del valor de las cosas y de las dificultades de algunas personas. También suelen exigirles seguir estudiando y esforzarse para conseguir una formación mínima exigible, por ejemplo el graduado o similares. Finalmente, les obligan a acudir a sesiones de psicoterapia.

“Limpiar persianas ahí, con volvone. Pintar paredes” (Marina, 22 años)

“[Habla de las medidas impuestas por el juez en pago a lo que le han pillado] Me obligaron a ir a hacer un curso, de lo que sea, pero sacarme algo para mí. Lo de ir a donde el tutor, siempre que pase, esté donde el psicólogo y esté yendo, tengo que ir, una semana o cada dos semanas, a donde el tutor. Y venir al psicólogo.” (Laurel, 18 años)

El cumplimiento suele ser adecuado. Saben que ahora ya no pueden seguir haciendo de las suyas y que las consecuencias les obligan. Desde este planteamiento, aprenden a asumir las consecuencias y a ver la realidad desde una perspectiva aún más objetiva. Tener “los pagos” pendientes es como si les coartara libertad. Por eso la quieren cumplir cuanto antes, para poder seguir con su vida, sus planes y sus costumbres. Es como querer empezar de cero la nueva vida, sin lastres del pasado.

“Ahora mismo tengo esta obligación y es lo que tengo en mente, quitármela cuanto antes.” (Laurel, 18 años)

“Me pondrá en libertad vigilada y ya está. Sin más. Pues lo cumpliré lo que me pongan y ya esté.” (Valeria, 17 años)

Hay veces que los adolescentes ingresan por el nerviosismo y el miedo que les produce algún juicio pendiente. En otras ocasiones durante el ingreso están pendientes de sentencia judicial. El miedo obedece a la expectativa de no saber afrontarlo, o incluso tener peores consecuencias. La preocupación suele ser intensa. Y cuando reciben la sentencia y no les gusta, la agresividad verbal se hace realidad. A veces también muestran agresividad contra los objetos como forma de expresar su rabia. (Memo de

Observación participante)

Otra obligación que suelen imponerles es aprender de la mano de otros profesionales, los educadores sociales. Con ellos aprenden a ser socialmente hábiles sin recurrir a la agresividad, para conseguir sus objetivos y expresando la rabia de otras formas más adecuadas. También suelen rebelarse porque en principio añoran lo conocido y a lo que están acostumbrados. Es lo único que saben hacer y a lo que saben recurrir. Con ello se sienten seguros. Paulatinamente, cuando el planteamiento de cambio es consistente, se adaptará a la nueva normativa y al nuevo estilo de vida. Con ello empiezan a ver los aspectos críticos y las deficiencias de su vida anterior.

“A. Y estar aquí hasta que tenga yo mi trabajo, pueda irme a vivir yo sola, no tenga que depender de ella [la madre], porque si voy a depender de ella, ya sé que no voy a estar bien.

S. ¿En qué sentido no vas a estar bien?

A. Que voy a dejar de estudiar, eso para empezar, no voy a ir a clase la mitad de los días. No voy a trabajar, sin formación no voy a trabajar en ningún lado, y menos con el trabajo que tengo yo. Es lo que tengo claro, lo que no tengo claro es lo que voy a hacer si me voy para mi casa.”

(Amapola, 16 años)

“Hay gente que sabe del tema y me puede ayudar.” (Adolfo, 14 años)

“Vivo en un hogar ahora; por los estudios, creo, y el comportamiento; alguna vez que me pasaba mucho con mis abuelos: robar, gritar mucho con mis abuelos, no hacer deberes, empujar alguna vez.” (Adolfo, 14 años)

“Cosa que me arrepiento, y hoy en día no lo haría.” (Mimosa, 22 años)

“Hablo y me quito una preocupación. Tengo otra opinión.” (Camelia, 16 años)

Argumentar y contraargumentar, comparando su vida con la de los demás, su pensamiento con el de los otros, sus explicaciones y sus dudas confrontadas y mantenidas en una insistencia terca en las decisiones erróneas, sus estados emocionales y sus posibilidades. Así es como avanzan en los distintos momentos del proceso de concienciación, para llegar a sensibilizarse de su realidad. Y con ello poderla identificar.

4.5.2. RETRASAR LA IDENTIFICACIÓN DEL MOMENTO

Cuando empiezan a darse cuenta y a concienciarse del sufrimiento, lo pueden identificar, usando distintas expresiones que ahondan en la experiencia concreta de cada adolescente. Es un relato crudo del sufrimiento vivenciado, de un recuerdo actualizado. Las vemos a continuación.

“Vale, ella me ha dado la vida me ha traído al mundo; vale, eso lo admito; pero luego ya que me deja en el mundo, luego donde mis abuelos sin verla ni nada.” (Adolfo, 14 años)

“La vida es un juego.” (Cosmo, 17 años).

“Me empecé a cruzar y me acostumbre.” (Diego, 13 años)

“Ya estaba perdida y me rendí, a partir de entonces me empecé a drogar.” (Mimosa, 22 años)

“Mi corazón se partió en dos. Marchitarse mi mundo interior.”
(Margarita, 13 años).

“Lo pasé mal un día, pero bueno, sigo en contacto con ellos, y de repente un día me dejan de llamar. Y sin más. Pues dije —pues paso—,

y ya está. Yo no sé por qué, pero yo siempre digo —yo no voy a sufrir—. ” (Petunia, 18 años)

De niños empiezan a ser conscientes de esta situación muy pronto, su realidad diferente. Ellos lo identifican hacia los 10 años, cuando empiezan a dar muestras de la rebeldía que determinará el oposicionismo y negativismo para obedecer a las exigencias de los demás, mostrando su hostilidad en forma de agresividad. Puede ser una expresión de su miedo e inseguridad, a través de la ira y el rencor.

“S.- Te cuidaron tus abuelos y ¿la vida con tus abuelos como ha sido?

V.- Bien hasta que empezaron un día las broncas y a ponerme la mano encima bien

S.- ¿Cuántos años tenias con las broncas y la mano encima?

V.- Diez. ” (Valeria, 17 años)

El retrasar la *identificación del momento*, supone la incapacidad para asumirlo, afrontarlo y superarlo. A veces significa evitar, y con ello apaciguar, el malestar que supone sufrir. Utilizan alternativas tranquilizadoras, que les llevan a decidir un distanciamiento para intentar olvidar, en una especie de desvinculación con la familia como representación de su vida.

“O sea es que cuando hablo con ella [su madre], es que no sé cómo decirte, que no quiero hablar con ella. Y todos mis amigos me dicen que tengo que hablar con ella. Y yo tengo ansia de no quererla ni nada.”
(Adolfo, 14 años)

Posiblemente la frialdad emocional experimentada durante el tiempo que se mantienen confusos, les provoca una gran incertidumbre. Incluso en algunos momentos sienten miedo por los problemas familiares que determinan la añoranza de la presencia de su madre, ansiedad por el riesgo de la integridad de su familia, búsqueda de la diferenciación a través de las peleas, la experimentación de experiencias autodestructivas y el reconocimiento de sí mismos como diferentes. Todas estas

situaciones provocan sufrimiento. Y les hace tomar decisiones conflictivas: entrar en una banda, enfrentarse a los profesores, dejar de estudiar, participar en la vida escolar o social desde la exclusión: robos, peleas, consumos, etc. Todas ellas medidas reactivas para gestionar cuanto sufren.

“[Igual fue por] la costumbre porque en tercero empecé a portarme mal por una profesora, que me empezó a crisar; la cogi y dije, yo a esta no la dejo pasar, así. Me empecé a portar mal con ella y ya pa’l segundo año ya pues me veía igual.” (Diego, 13 años)

“Estaba metido ya en líos pero porque tenía problemas con bandas, con otros barrios con gente, pero me querían meter en líos mayores puff.”
(Diego, 13 años)

“Pasé mucho miedo, pero a partir de ahí me empecé a drogar con todo. Con todo lo que pillaba. Droga de todo, yo, a partir de ahí me empecé a drogar. Nunca me había drogado pero a partir de ahí me empecé a drogar.” (Mimosa, 22 años)

De hecho, suelen conocer las repercusiones de tales comportamientos. Sin embargo, se mantienen en ellos aunque les gustaría cambiarlos.

“Yo creo que eso es lo que más tengo que pensar. Y yo digo ostias voy a sacar 20 euros ostias voy a conseguir esto y si no me voy a meter en problemas, pero no pienso. Y aunque lo piense, no acabo de creérmelo.”
(Diego, 13 años)

Es como que la inercia de enfrentarse continuamente al riesgo, les hiciera sentirse bien. O, no sintiéndose bien, aún no encuentran los argumentos para encauzar la reacción que produce el enfrentamiento al riesgo. La respuesta está aún en estado salvaje, demasiado reactiva en el sentido de acción-reacción, no mediatizada por la reflexión que consigue tranquilizar y drenar las emociones que desencadenan malestar.

El ingreso, o en su defecto el contacto con los profesionales, guarda relación directa con el contacto con los profesionales de la salud. En este caso, también muestra diversidad respecto a su consideración de necesario y útil. Es un contacto que a algunos no les gusta y lo rechazan, *“porque no estoy loca.”* (Rosa, 15 años), como dicen algunos. El estigma de la locura les asusta tanto que les cuesta ver la atención psiquiátrica de otra forma. Incluso, no suelen hablar con la psiquiatra.

“S. ¿Quién te manda a salud mental?”

A. ¡Estos!

S. ¿Estos? ¿Las monitoras? Y ¿por qué dicen que tienes que ir a salud mental?”

A. Para ver qué me pasa.” (Amapola, 16 años)

“Realmente los problemas empezaron cuando mi madre me intentó ayudar, llevándome al psicólogo, a los siete años. Y a los nueve le dije —no quiero seguir yendo. Salgo peor de lo que entro, y no me merece la pena—. Y a partir de ahí, pues empeoré, empeoré. O sea, no. No me hicieron nada los psicólogos. Lo veían como —sólo es estrés, o ansiedad, o otra cosa—, y no, yo sabía que no. Que era otra cosa, que era otra historia, porque lo que sientes, otra cosa y bueno.” (Margarita, 13 años)

“S. Cuándo empezaste a ir al psiquiatra?”

R. Cuando se murió mi padre

S. Hace dos años

R. Antes un poco antes.” (Rosa, 15 años)

“[La utilidad] Es lo único que voy a decir ¿eh? Qué es el parón. Todo el tiempo que, que estuve no, los dos primeros días es el parón ¿sabes? Que no. Luego ya no ha valido mucho tampoco.” (Sabin, 17 años)

“Los primeros días me han servido para corregirme y eso; lo del parón bien pero lo demás no.” (Sabin, 17 años)

Algunos llegan incluso a sentirse engañados por los profesionales y esto ayuda a no considerarles, a desconfiar, o perderles respeto, y a desestimar sus indicaciones.

“Y luego la psicóloga de Diputación, pues, hizo una chorrada, por así decirlo. Me dio de alta. Un día me dio de alta. Y a los 15 días, en el informe suyo, pone que no estaba recuperada. Entonces dije —¿Cómo qué? ¿Cómo que me está dando de alta y no estoy bien?—. Y yo...cuando leí el informe, porque mi madre, mi madre y yo ya ahí ya estábamos más unidas, y leímos el informe y yo me quedé —¡¡Vale!! o sea, me ha dado de alta cuando no estoy bien—.” (Margarita, 13 años)

El contacto con los profesionales es un argumento que utilizan para identificar su situación de sufrimiento. Sin embargo, el rechazo al contacto con los profesionales es otra forma más de retrasar la identificación, para evitar confrontarse en su malestar. El rechazo incluye a los profesionales sociales, los que se ocupan del cuidado en el servicio de protección al menor y en los hogares funcionales. En una defensa de los padres, se muestran, opositoristas y hasta querulantes con las y los monitoras, hasta que aprenden que ellas y ellos les van a cuidar.

“Yo para mí es como lo veo, para mí [mis monitoras] sólo están para llevarme las citas y ya está. Porque en mi vida los que me han criado han sido mis abuelos, mis padres, mis tíos, toda mi familia. Me han enseñado a respetar y a ser respetada. Si a mí no se me respeta, yo no puedo respetar. Yo es que a mí no me sale respetar así como así, como si dijera —te regalo doscientos euros porque si—.” (Margarita, 13 años)

“Con...8 ó 9 años empiezo a ir a un psicólogo, pero me han dicho que era hiperactivo con 16 años. O sea he estado 6 años de mi vida, 8 años yendo y

ahora ¡me lo ven con 16! ¡Una doctora de cabecera! No se enteran! ¡No saben nada!” (Sabin, 17 años)

“S. Pero todo el mundo es persona, hasta tus enemigos son personas podrán estar equivocados o podrás pensar que con esa persona no te llevas bien, pero todos son personas. ¿Y las educadoras?

M. Para mí, yo no las veo como personas que se merezcan mi respeto, si no me respetan a mí qué quieres que le haga, mi corazón me dice que no las respete, que me vaya a otro lado y que no las haga caso

S. En qué no te respetan?

M. En que casi nunca están de acuerdo con lo que yo pienso, que me parece muy bien que tengan sus propias opiniones pero que soy una niña de 13 años, si quiero puedo aprobar matemáticas, pero no me da la gana y es así de sencillo no me da la gana. Uhmhm A ver, es que es más complicado de explicar. A ver, cuando ellas te dicen las cosas que tienes que hacer, si yo ya sé lo que tengo que hacer. No me parece normal que ellas me lo repitan cuarenta mil veces, todo el día detrás, me machacan, me machacan y me machacan y tres semanas seguidas no voy a estar con enfados. Y no me apetece la verdad. Ya sé que es algo que no debo hacer, pero es que me sale, porque es que me presionan, es como si tu presionas un balón en el suelo hasta que no puedes más y se te escapa, y a mí se me escapa eso, yo no puedo controlarlo.” (Margarita, 13 años)

Otros, sin embargo, se sienten ayudados. Los ingresos, o la atención, ha supuesto el aporte o la sustitución del cuidado ausente, tanto por parte de los progenitores cuando han sido niños-as, como por su propia parte a medida que se van haciendo mayores (peleas, consumos, caídas con golpes fuertes). A partir del contacto empiezan a darse cuenta de su sufrimiento, y con ello, analizan sus conductas, su pensamiento, sus inquietudes, sus conflictos. Estos acuden con agrado, aunque a veces protesten, y participan adecuadamente en las terapias con los ejercicios que se les plantean para ampliar sus estrategias de interacción social. Incluso hay quien considera su necesidad y utilidad del contacto y lo añoran desde los primeros momentos, como forma de supervisión y orientación.

“Sé que si no cuento va a ser peor y aparte pa’ que vengo si no voy a contar nada yo cuento todo lo que me preguntan.” (Diego, 13 años)

“Yo sé que hubiese necesitado un psicólogo que me hubiese preparado para todo.” (Mimosa, 22 años)

“Pues que me caí y me di con él, sabes con esas cosas que suelen poner en el suelo. Me caí y me di con ello. Me di con uno, aquí y se me inflamó, porque (Risas insulsas) bebí un poco. Y fui a beber agua y había una piedra así que sobresalía tropecé hice pum. Fue un tropezón tonto, pero me metí una leche porque fui a beber iba justo apoyarme así hice pumba y digo mira.” (Valeria, 17 años)

“S. eso es lo que echabas un poco de menos ¿no? Y lo sigues echando de menos, con rencor, de tu madre, que eso no lo hace.

A. a ver, a mí mis educadoras me cuidan muy bien, las quiero mucho a todas. Lo que pasa es que...no sé. Luego sé, en realidad yo lo he pensado muchas veces, y he dicho...¡bah!. Cuando tenga 18 años no quiero ir a casa. No quiero ir a casa quiero ir a Adoratrices, el colegio de aquí atrás.” (Amapola, 16 años)

Me resulta interesante ver cómo cambian la involuntariedad del ingreso y lo convierte en voluntario. Es otra forma de retrasar el momento de identificación de su sufrimiento. En ocasiones ellos mismos dicen *“he venido porque he querido”*, y así consideran que pueden hacer lo que quieren, incluso pedir el alta voluntaria. Muchas veces su pensamiento es de no necesitar estar ingresado más tiempo (comprobado en los grupos de trabajo); lo asumen, porque no les quedan otras alternativas, el ingreso hospitalario y que sus padres no pueden hacer nada porque el juez ha autorizado el ingreso. El miedo a tener que pagar condena por las fechorías cometidas, suele aplacarles y se convencen resignadamente sobre dónde deben estar.

“Desde que ingresé, sigo pensando, aunque no he sido pesado con mis padres para que firmen el alta voluntaria, sabes. Sigo pensando que hasta que no me cure no salgo de aquí. Y yo me siento curado ya, aunque todavía me faltan unos días. Lo que pasa que es eso.” (Cosmo, 17 años)

Aprenden a recurrir a los profesionales de la salud o sociales, cuando en su familia no encuentra la ayuda buscada o solicitada. Y suelen ponerlo en forma de preocupaciones por su salud: *“Tengo miedo que se me pare el corazón, que no me funcione el hígado, retengo muchos líquidos, quiero que me hagan un chequeo.”* (Mimosa, 22 años). O *“Tengo los ovarios poliquísticos; ¿me están engañando? A lo mejor cuando me cojan ya no tengo solución.”* (Mimosa, 22 años). Esto pone de manifiesto, además de la confianza depositada, la necesidad de ayuda a partir de reconocer qué les pasa y cómo lo pasan.

“[A las educadoras] las veo como lo que son. Como educadoras, y personas que están ahí y que si tengo un problema se lo voy a contar. Siempre van a saber qué hace.” (Amapola, 16 años)

A los profesionales les cuentan cosas que no pueden, o no quieren hablar con sus padres. La confidencialidad ayuda, les da la tranquilidad suficiente y necesaria para sincerarse y dejarse ayudar. Es una manera de recibir la atención solicitada, ser el centro de la relación y que alguien les cuide.

“Yo no tengo problemas para contar mis cosas se que eso es confidencial así que. Sé que si no cuento va a ser peor y aparte, pa’ qué vengo si no voy a contar nada. Yo cuento todo lo que me preguntan.” (Diego, 13 años)

“He venido a gusto he pensado que donde iba me iban a ayudar más, por mi tema y siempre he pensado eso que donde vaya es para bien mío.” (Adolfo, 14 años)

Mantienen la imagen de dureza, justificando el agradecimiento por la ayuda cuando pretenden escaparse del esfuerzo y de la rutina cotidiana, justificándose en “*no lo necesito*”. Las consultas le están ayudando a pensar y a entender lo que le ocurre, también a ver su debilidad o inmadurez.

“Me ayudan, bueno me ha ayudado Idoia un montón con lo de la escuela y encima además es que no (me aburro nada).” (Diego, 13 años)

“A mí, lo que estoy pensando bien, porque para aburrirme en casa, en clase vengo aquí, y por lo menos hablo, y luego no tengo que volver a clase más, así que.” (Diego, 13 años)

“No sé cómo explicarlo pero yo, haber yo, he tenido muchos psicólogos eh, y mucha gente que me ayuda y creo esa mano que me han dado, pues las cosas que me han dicho creo que he ido yo pa'lante, he arrancado el motor y estoy pa'lante.[...] No es como el padre o la madre ¿no? Me han explicado las cosas que necesitaba para ir pa'lante” (Adolfo, 14 años)

“Pues me ha hecho abrir los ojos y ver que, aunque toda la gente vaya contra mí, que yo tengo que ser libre y yo voy a pensar lo que yo quiera, y los demás me tienen que dar igual.” (Camelia, 16 años)

Hay veces que las preguntas tocan temas tabú en los que no permiten entrar, en la línea de lo que decía en otro lugar sobre que dicen hasta dónde pueden y no dicen lo que no tienen aún elaborado y asumido. De la misma forma que utilizan la risa para 'despistar', se van hacia otro tema cuando no pueden contar más sobre lo que se les pregunta. Esos momentos los utilizamos para poder respirar de la presión emocional que suponen las preguntas. Hay incluso ocasiones en las que no es posible seguir y es mejor terminar la entrevista, agradecerla participación y plantear otra cita en otro momento, si es posible.

“S. la psiquiatra que te dice cuanto tiempo vas a tener que estar con ella

R No se

S. *No sabes*

R. *¿Eso qué es, un ordenador?”* (Rosa, 15 años)

Respecto al apoyo mostrado por los profesionales sociales, los monitores, trabajadoras sociales, psicólogos, etc., suelen recordar *“ellos me cuidan y me quieren, pero no es igual que una familia; pero me quieren mucho”* (Valeria, 17 años). Y se lamentan mucho de su ausencia. Encuentran escasas las visitas y no vienen todos los días, permaneciendo con ellas unos 30 minutos cada vez que le visitan porque tienen más chavales que atender. Aunque lo entienden, se lamentan. En los momentos en que se acerca el alta hospitalaria, suelen ponerse ansiosos, tienen miedo a marcharse y volver al descontrol, al descuido y a la desatención, sobre todo cuando en el hospital se sienten a gusto, aunque verbalmente dicen lo contrario. Intentan no demostrar su miedo al alta y vuelta a una rutina que no les gusta, mostrándose casi disruptivos, invasivos e inadecuados en los momentos en que toca trabajar. (Memo de observación)

“[Me dicen] que siga adelante.” (Adolfo, 14 años)

La **utilidad del ingreso** es vista como volver a hacer una vida normal. Esto significa “el parón” (Sabin, 17 años). El ingreso además les sirve para pensar, analizar lo que hacen, el pasado y lo que quieren conseguir. Siempre les parece demasiado tiempo, pero dentro están contentos, activos y participativos. Suelen pensar que dos o tres días hubiesen sido suficientes. Siempre tienen sensación de haber estado encerrado. Y lo han estado. La unidad es cerrada y en ella están aislados de su mundo, bajo observación intensiva. También recuerdan bastantes cosas que no les han gustado: la comida, no poder decidir sobre nada, tener que pedir permiso para hacer todo, seguir un horario y unas indicaciones concretas. Curiosamente durante el ingreso las siguen puntualmente, sin problema alguno. Y se relacionan bien con todos sus compañeros, incluso con los que están más enfermos. Se muestran empáticos, pero muchas veces asustados. Aprenden mucho de lo que ven y a veces se afianzan en su comportamiento. Sobre todo cuando están muy próximos a la mayoría de edad y los padres no marcan una insistencia clara en el cambio.

“Y con los compañeros, ah, bien. Lo que he aprendido, jo pues, lo que piensan esta gente que están ahí ¿sabes? Que eran pocos. Me ha servido lo del parón y eso pero que lo demás, que estuvo bien. Bueno que estuvo bien tampoco. Que ha servido lo del parón. Que me ha servido, aunque yo no voy a cambiar. Voy a seguir igual, voy a seguir aquí, con menos dinero y eso, pero igual.” (Sabin, 17 años)

La **opinión de los demás sobre necesitar acudir a psiquiatría** suele asustarles y paralizarles en un primer momento. El estigma, los prejuicios, el determinismo de las etiquetas, el miedo a ser rechazados y quedarse de nuevo aislados. Mimosa lo expresa de esta forma. *“Sí tú a una persona que no conoces de nada le dices tú “¡bah! Voy a psiquiatra y he tenido en total 8 ingresos en psiquiatría, igual no lo entienden”* hace que no lo quieran contar y que se avergüencen del ingreso, del contacto con el mundo de la salud mental. No ven, como la mayoría de la gente, la perspectiva holística del concepto y del proceso. Así, suelen esconderlo la mayoría de las veces. Los padres les apoyan también a tomar esta decisión, generalmente por las mismas razones que los chavales. El impacto que supone para ellos y para los demás hablar a bocajarro de los problemas mentales.

“No se lo he contado a mis amigos; bueno a dos sí, dónde he estado y eso. Mi madre ha dicho que estaba malo y como eran vacaciones de semana santo no se han enterado.” (Sabin, 17 años).

Consideran lo más importante del ingreso, un poco menos del contacto con profesionales de salud mental, es que se haya enterado todo el mundo. Esto supera incluso la necesidad de pensar en las experiencias que hacen llegar a psiquiatría, analizar la necesidad de parar y cambiar de hábitos o la posibilidad de buscar alternativas de funcionamiento.

Al principio, lo consideran una debilidad, algo inadmisibile para alguien inteligente. Algo a enmendar. A veces no para mejorar, tanto como para que no se entere nadie de las debilidades. (Memo de Cosmo, 17 años). Tampoco quieren ahondar en este aspecto

durante la entrevista grabada; dicen algo cuando la hemos terminado (Memo Sabin, 17 años).

El estigma de acudir a psiquiatría se pone de manifiesto en las opiniones que dan al respecto. Como se sienten en este ambiente, qué sienten de la ayuda. Sin embargo siguen yendo por algo más que por obedecer.

“S. Hablábamos de la ayuda que te da el psiquiatra

R. ¡Ninguna!

S. nada, no te ayuda...y que tampoco sentías que estabas enferma...¿tú te sientes que estás enferma?

R. Sí. El otro día estuve con 40 de fiebre

S. Ya, pero no digo esa enfermedad

R. ¡Ah! ¿De loca?

S. No. No loca. Que tienes algún problema que necesitas ir al psiquiatra

R. No, a mi me ha explicado la psicóloga que yo voy al psicólogo para, porque en el piso yo tenía arrebatos, que una vez estaba bien y otra vez estaba mal, pues no sabían qué hacer conmigo. Y por eso me mandaron al psiquiatra, porque eso no es un psicólogo es un psiquiatra. Entonces, de ahí a aquí, ¡que no me hace nada!, que voy ahí para escucharle a ella, en vez de ella a mí, yo a ella

S. ¿Y qué te cuenta? ¿Se puede contar?

R. ¡Claro! A ver, me pregunta ¿Qué tal? ¿Qué tal en el colegio? ¿Qué tal en casa? ¿Qué tal en la escuela. Y yo en plan de —bien, bien, bien. Todo bien —, yo que sé.

S. ¿Tú piensas que necesitas ir al psiquiatra?

R. No

S. Pero sigues yendo

R. Porque me mandan...

S. Y aceptas, obedeces bien lo que te mandan. Pero a veces no aceptas lo que te mandan. No obedeces

R. Porque me aburre. Si en vez de estarme quieta estoy tocándolo todo, es que me aburre, me aburre. No le cuento nada porque me aburre.” (Rosa, 15 años)

Poco a poco se van convenciendo en verlo como otro problema, y como aquellos, también superable. Sin embargo reconocen que esto es algo de su intimidad y se lo cuentan a quien ellos tienen confianza.

“No les digo porque es una cosa mía (...). A mis amigos si se lo he dicho; pero a las compañeras de clase no.” (Rosa, 15 años)

Ven la existencia de problemas y su solución relacionada con la toma de medicaciones. El sufrimiento mitigado con fármacos. La gran fantasía perseguida por muchos, incluso doctos en la materia.

“¡Bah! No me dicen nada porque. A ver, yo no vengo de buenas a primeras y digo —yo estoy en psiquiatras o no estado en psiquiatras—. Les voy contando que, bueno, que empecé con ansiedad, ansiedad muy provocada por ataques de pánico. Les iba contando ya problemas de la infancia, y todo eso. Que me empezaron a dar que si tranquilizantes, relajantes musculares, el Seroquel. También me tenían que dar antidepresivos, con lo que me pasó con lo de mi aita. Talcual, lo de la infancia. Y ya empiezo así con ese rollo así. Y lo de claro estuve en psiquiatría infantil, me volvieron a ingresar, seis veces, muchas urgencias de la psiquiatría del Hospital, las consultas con los psiquiatras, tal. Un ingreso en un psiquiátrico. La lié un día en el cole y rompí un cristal en la clase y ya cuando tenía cuatro mil ingresos ya, ¡bah! me llevaron ya por zumbada. Entonces ya, ya no pilla tan de golpe a la persona.” (Mimosa, 22 años)

Saben que el tratamiento siempre es empírico, es decir, si da resultado confirma el diagnóstico y si no, se refuta, se quita la medicación y se busca otro nuevo diagnóstico.

“O sea, los diagnósticos así, de enfermedades, de cánceres y todo eso, sí. (...) [Pero la psiquiatría], es todavía muy difícil. Yo la psiquiatría siempre la he visto muy difícil. Porque la psiquiatría, no es un tumor, que te sale es un trastorno, eso mejor que la persona que lo pasa no lo sabe nadie jeje. El médico si jó ha estudiado para ello, se ha tirado un montón de años en la universidad, pero mejor que la persona misma no lo sabe. Hasta que no lo pasas no lo sabes.” (Mimosa, 22 años)

A veces el consumo de drogas les produce síntomas psicóticos. Otras veces, la rabia o la agresividad requiere que se pongan tratamientos con fármacos antipsicóticos.

“¡Buah! y una vez me pegó. ¿Esa con cuál fue? Que me tuvieron que ir a dar, ¿cuáles son las pastillitas del Parkinson? Akineton, sí jiji, [el recuerdo le hace gracia]. Me tuvieron que dar pastillas del parkinson. Pues nada eso, no me acuerdo con qué pastillas fue. Con Risperdal flash tuve uno de los efectos secundarios. Pero no sé con cuál fue, tuve un tic nervioso que iba por la calle así [casi se toca el hombro con la oreja]. Jaja sí, todo el rato jaja, [el recuerdo le hace mucha gracia] parecía una paloma.” (Mimosa, 22 años).

Son muy reacios a tomar medicación, sobre todo al principio y cuando no tienen conciencia de existencia d problema. Acceden a tomar la medicación, cuando ven que tiene algún efecto positivo.

“Ahora duermo mejor, y no sé, igual estoy más tranquilo todo el día.”
(Sabin, 17 años)

“Ahora con la zyprexa me ayuda a estar más relajad; sí estoy más relajada. Ahora tomo por la mañana cinco por la tarde cinco en vez de tomar diez como tomaba antes. Me han dividido cinco y cinco.” (Valeria, 17 años)

Justifican la tranquilidad en el reparto de la dosis de medicación, sin atribuirse mérito o control alguno sobre el problema. Y lo cierto es que la medicación puede ayudarles a tener un estado emocional más receptivo para la reflexión y la autocrítica. Por lo general dejan de tomar las medicaciones cuando se van de alta, cuando surgen problemas o efectos secundarios o cuando les dejan de supervisar las tomas.

“[La necesidad de medicación] tampoco ahora. Ahora tampoco la veo, es que yo no entiendo.” (Sabin, 17 años)

Esto apunta hacia la falta de conciencia de enfermedad, pero no de la falta de conciencia de la existencia de un problema, una vez se han concienciado de su existencia. Los adolescentes consideran que este problema no requiere tomar medicación. Saben que es un problema de actitud, relación, de hábitos y que ellos deben cambiarlos. Su sufrimiento les obliga.

Podría decirse que el TC es una evolución necesaria, inadecuada, en su proceso de zozobra interior, en la que la ruptura de su persona (o personalidad) es la amenaza más directa. En un principio suelen manifestar abiertamente que no quieren cambiar, que quieren ser como han sido hasta ahora. Pero sólo en el sentido de las mínimas exigencias escolares y familiares, por la escasa supervisión y la ausencia de límites.

“M. Mis padres me ponían siempre muchas reglas. El problema es que yo no hacía caso. Y he dicho —no quiero hacerte caso porque, ...no quiero hacerte caso!—. Porque en ciertas ocasiones hemos tenido muchas discusiones a cuenta de... —Es que no me haces caso, es que no sé qué, es que no sé cuantos— Y yo...—Aprende a hacerme tú a mi caso, y yo te haré caso a ti”, y Diputación lo que no entiende es que...

S. ¿En qué querías que te hicieran caso tu madre, tu padre, para que luego tú les hicieras caso?

M. En todo, en que aprendieran a escucharme, aunque solo fueran... cinco segundos. ¡Con sólo 5 segundos, me bastaría!

S. vuelves a hablar de la sensación que tenías tú de abandono ¿no? De que no estaban contigo... y como que ¿te tomas la revancha?

M. Como que decía —Ahora no os voy a hacer caso en algunas cosas ...no.— Y... yo no las elegía, [se ríe]. No sé, algo en mí decía... —¡no hagas esto!—

S. Y qué crees tú que estás perdiendo en eso que estás obedeciendo?

M. Estoy notando que estoy perdiendo... mi personalidad...

S. ¿Sí? Pero qué es eso de la personalidad

M. Pues que ya no soy la misma de antes... Que ya..., ya... no soy la chica tan callada que era antes...” (Margarita, 13 años)

O por la comodidad, en el sentido de no hacer esfuerzos, al considerar que antes lo hacían mejor porque tenían menos problemas. Aunque también surge la ambivalencia de querer que algún adulto importante para ellos les marque los límites y les supervise, tal y como hemos visto en la categoría anterior. El cambio sin embargo, apunta hacia la modificación del estar y sentirse solos, buscando alternativas que resultan inadecuadas respecto a la adaptación social, familiar y escolar.

“P. La verdad es que yo era un poco putona.

S. ¿Un poco putona? Explícame un poco, o un mucho esto...?

P. Es que, sin más. Yo que sé, es que no sé..., encontraba entretenido el ligarme a la gente

S. Explícame esto “Encontrabas entretenido ligarte a la gente”

P. Sí

S. Explica, explica esto, ¿a qué gente?

P. Pues los profesores

S. ¿Y te los ligabas?

P. Algo así. Es que... era una calientapollas” (Petunia, 18 años)

El TC supone, como se ve, la expresión del resentimiento en el afrontamiento de la realidad familiar, social y escolares; una réplica, en un intento de modificar dicha realidad para seguir “como hasta ahora” o como ellos han decidido. Este resentimiento no lo identifican como inadecuado, piensan que es la secuencia lógica y no consideran que hacen algo mal; lo consideran como una defensa ante una imposición exagerada o que desborda las capacidades personales del adolescente.

“[Mi tía Iratxe] cuando me porto mal, por ejemplo, no me grita ni me pega sabes? Me habla normal, como lo haría otra persona Menos mi madre vamos; me pegaría un guantazo. Pero, como te decía antes, al fin y al cabo yo ya paso de todo. No siento rabia, pero siento coraje.” (Rosa 15 años)

Progresivamente, en la medida que se van sintiendo acompañados, reconocidos, valorados, van asumiendo “el respeto”, primero por si mismos para poderlo asumir después hacia los demás. Con este respeto, identifican su situación, la pueden analizar primero para poderla encauzar después.

4.5.3. ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR EL SUFRIMIENTO

Son las formas que tienen estos adolescentes de hacer frente a su sufrimiento. Depende de las estrategias emocionales y cognitivas que hayan adquirido a lo largo de su historia vital. Los datos apuntan que es posible hacerlo de dos formas: evitación o afrontamiento. En ambas se expresa el sufrimiento con dolor y reactividad emocional, aguantándolo o externalizándolo, como se muestra en las siguientes líneas.

La primera es *evitarlo*, borrando los recuerdos más simples y a la vez demostrando el agobio de verse obligado a afrontarlos, o recurriendo a alternativa inadecuadas para controlar la contrariedad y/o ayudar a dormir (porros, alcohol, violencia, robos, ...), soñar, falsear la realidad. Una realidad suficientemente difícil cuando los recursos personales son limitados, tal como se ha demostrado en la categoría de infancia ausente.

“Todo lo que he vivido, o se me olvida, o se me junta mucho y me bloqueo, pero yo creo que he tenido falta de cariño. O sentirse solo. Son muchas cosas, falta de cariño porque a ver no es porque no hayan querido, sino porque no han podido dártelo. Pero claro un niño necesita cariño, cuando eres pequeño sobre todo. Cuando no tiene cariño luego igual eres una persona igual más cerrada, más reservada. Aunque ¿yo soy así por falta de cariño o sentirme sola? No. Yo me he sentido así o he montado esas cosas igual para intentar evadirme del mundo, un poco.”

(Mimosa, 22 años)

Evitarlo surge también cuando se muestran sobrepasados y desbordados por el sufrimiento. En los momentos de mayor intensidad, querer olvidarse de todos, es un intento de borrar mágicamente su situación.

“La [vida] difícil es la... llena de dolor que tienes que aguantar mucho dolor. Pero...como tu...tu capacidad de tragar el dolor, dice “¡no!”...explotas. La única forma de decir no es explotar emocionalmente parece, parece que emocionalmente estás bien, pero emocionalmente estás súper mal, súper de bajón. No sé, es un...es estar. pfffff. Y lo único que piensas “que todo el mundo me deje en paz, que todo el mundo me deje en paz!” por no empezar a dar golpes a nada.”

(Margarita, 13 años)

Evitarlo es una forma pasiva de afrontar problemas que parte de aguantar, esperar a que las cosas cambien espontáneamente y seguir aguantando. Pone de manifiesto la imposibilidad de actuar de una forma más activa. El cambio exige un esfuerzo para enfrentarse, hacer las cosas de distinta manera, aunque no sea "la manera propia", en tanto que habitual, porque haciendo sólo lo que se sabe no se amplían los horizontes del aprender a hacer cosas diferentes. Pero el aguante también paga consecuencias en forma de reactividad emocional, pudiéndose disparar ante situaciones e interacciones, muchas veces neutras, que han llegado a interpretar como provocación. Su respuesta se da a

través del rápido crecimiento de la activación fisiológica. Están en manos de los demás al no poder controlar la rabia y su propio malestar, cualquiera *“puede ponerme en el disparadero”* (Margarita, 13 años). Aunque realmente su angustia y ansiedad, su inseguridad, miedo y tristeza les pone en situación de vulnerabilidad.

“¡Fumo porque me gusta y ya está! Es que no lo sé, no... pfff ¡No me acuerdo! Es algo que no... no lo sé, no, lo juro, no sabes? No sé cómo empecé. No me acuerdo, ni mi primer porro no me acuerdo ni nada de eso. Ni el segundo, ni el tercero, ni el quinto. Es probarlo..., probarlo y cómo te hace sentir, hecho. Y ya está. Y que te gusta cómo te hace sentir. ¡Ahora, me sigue gustando!. ” (Sabin, 17 años)

Por otro lado, las explosiones se convierten en su única defensa para ser tenidos en cuenta por parte de su familia y de sus iguales, porque les da ‘buen’ resultado. Pero este resultado es sólo momentáneo.

“No es que haya tomado ninguna decisión de... Yo cuando empecé a dejar de ir al colegio, no dije —Voy a dejar de ir—. Yo quería ir al colegio pero, dentro de mí no podía, no. Había algo que juuuuhhh!. Yo reconozco, yo no, yo dije —no puedo ir—, no. Y necesito pensar porqué no puedo ir.” (Margarita, 13 años)

Evitarlo también es refugiarse en el consumo de sustancias ilegales, con las que encontrar una sensación de tranquilidad y desaparición, momentánea, de todos los problemas.

“yo tenía en la cabeza, que por mucho que me digas...”no”, yo voy a seguir haciendo “sí”. Entonces...” (Jacinto, 16 años)

Esta sensación es poco duradera. Además dejan de considerar algunos de los efectos que suelen acarrear las sustancias que consumen. Desde los *“blancones”* hasta los brotes psicóticos.

“Una de estas empezó así a flotar como una cosa así por la cabeza, y me agacho así por la mesa y de repente a una de estas, empiezo a notar como si me estuvieran pegando martillazos en la cabeza, y le empecé a decir a mi hermana que deje de pegar martillazos. –¿Pero qué dices? –. –¡Que me estás pegando martillazos!!! – Tal. Vale. A una de estas, le digo a mi hermana, –¡bah, tú! ¡Una cascada en la boca!–. Le abrí la boca. Me dice, –¡Pero qué! Si la tienes seca–. Notaba así como una cascada así mogollón de agua así shhhh. No sé, unas paranoias muy raras. Y claro, a una de estas, no sé qué me paso y le dije a mi hermana –¿Y qué hago aquí? – Y a una de estas que le decía yo –¿Pero tú eres mi hermana? –. Estaba confundida, sabía que era mi hermana pero estaba confundida. –¿Pero tú eres mi hermana? –. Y yo preguntaba –¿pero soy tu hermana? –. Bah, unas paranoias así muy raras, pero muy mal.” (Mimosa, 22 años)

A los adolescentes con TC, esta información sobre los efectos del consumo de THC, generalmente no les interesa, porque les asusta y les obligaría a considerar la abstinencia. Esta es la fachada que dan, porque tienen que mantener el aspecto de estar de vuelta de todo. Pero la información queda “sembrada” para decisiones futuras.

Cuando son conscientes de las alternativas reales de su vida, lo reconocen y se plantean hacerle cara al sufrimiento. Y con ello, ven la necesidad del cambio. Durante el ingreso hospitalario lo manifiestan en forma de contar los días, expresando el disgusto por la estancia y esperar ansiosos el alta.

“Yo me veo muy bien porque llevo seis días aquí ingresado, los cuento, eh.”
(Cosmo, 17 años)

Otra forma de poderlo afrontar es contar con la ayuda de otras personas, fundamentalmente los amigos, los familiares y los padres cuando están presentes. Su apoyo revierte también en reconocer la necesidad de cambiar de hábitos o costumbres.

“J. He llegado hasta un punto, que los amigos míos, que ahora que he cambiado de local, me ha dicho que me van a ayudar y eso...”

S. ¿Y cómo ves eso de que te ayuden los amigos?

J. Bien porque así no podíamos seguir, que había que hacer algo. Sabía que en casa, me iban a echar la charla de todos los días, y tooodos los días y ya no podía más.” (Jacinto, 16 años)

También reconocen a los profesionales como personas que ayudan para luchar contra el sufrimiento.

“Es mejor hablar con alguien de tu familia, familia, amigos o con un psicólogo ohhh.” (Adolfo, 14 años)

En palabras de Diego, afrontar es plantar cara a lo que la vida ofrece, sea lo que sea.

“De repente no sé cómo vienen las cosas, si tengo miedo voy a ir más a por él que si no me lo pienso; para quitármelo de encima. Qué tengo miedo a la oscuridad, pues me pongo encerrao en la habitación a oscuras. Como sea; yo si algo tengo miedo, voy a ir a por ello para quitármelo de la cabeza paso de tener la preocupación. Yo me la quito cuanto antes de la cabeza y ya está.” (Diego, 13 años)

Por otro lado y con independencia de las estrategias de afrontamiento que utilizan, están presentes la reactividad emocional y el dolor sentido en las distintas situaciones en las que lo pasan mal, como reacciones a las distintas emociones que experimentan.

La reactividad emocional constituye la impulsividad. Con ella son incapaces de pararse a pensar. Y les resulta difícil porque sin pararse a pensar tienen dificultades para identificar las señales que pueden aparecer en su cuerpo cuando la reacción empieza a ponerse en marcha.

“A. A mí me da mucho miedo enfadarme

S. ¿Y eso?

A. Porque cuando me enfado no pienso

S. No piensas y ¿entonces?

A. Hay mucha rabia.” (Amapola, 16 años)

Además la dificultad para identificar las señales, las sensaciones que experimentan, se fundamenta en el entrenamiento que tienen en disminuir la frecuencia cardíaca. Su entrenamiento es el de toda una vida, para llegar al autocontrol aunque con estrategias inadecuadas para la socialización, como lo son las peleas, el no atender las indicaciones de los adultos o el aislamiento. En las observaciones realizadas a estos adolescentes, cuanto más externalizan su dolor y su reactividad, más disruptivos se muestran y menor es la frecuencia cardíaca que tienen. Muchas veces, por esta razón se les considera fríos e insensibles. Son demasiado jóvenes para colocarles etiquetas tan deterministas.

El dolor lo expresan a veces a través del llanto, aunque lo entienden de forma diferente. Unos como aliado para aliviar la tensión emocional y el malestar por ella generado; otros consideran el llanto una alternativa inoperante para solucionar problemas cotidianos. Otras veces se duelen recordando la marca de los acontecimientos, racionalizando y quitando importancia a la sensación de soledad. Racionalizar la añoranza expresándola en afirmaciones del tipo *“tener algo con mi madre”* como hace Amapola, hace referencia al cariño esperado, porque no lo han conocido como pensaban que era; es decir, hay una ruptura de la expectativa fantaseada. O porque teniéndolo, añoran la “normalidad” de la convivencia con el progenitor que se aleja. Bajo el disfraz del odio, de la rabia hacia la madre, queda un rescaldo irracional de necesidad de su afecto; el llamado amor de madre.

“A. No me voy a olvidar de ese momento en la vida. Tenía yo 9 años ¿9 años? Sí, 9 ó 10 años. Mi madre en la planta de la calle, mi abuela, y mi abuelo. Mi madre en la puerta, mi abuelo más aquí más donde yo estaba y mi abuela también. Y yo agachada en el suelo,

intentando pasar a gatas, entre mi abuela y mi abuelo, entre las patas. Mi madre me quería traer para aquí pa'Bilbao, y mi abuela no quería. Y mi madre llorando, y mi abuela también llorar y llorar..."¿que no, que no te dejamos que te la lleves, nosequè. Siempre ha estado con nosotros". Yo quería ir, por cambiar. No estaba mal con mis abuelos y no echaba de menos a mi madre, quería echar de menos algo con mi madre

S. explicame esto

A. quería saber qué es tener una madre. Una abuela te dice ¡ay hija! no sé qué ¿sabes? Pero una madre...todo lo que una chavala no quiere, lo quería yo. Unas normas, una tranquilidad..." (Amapola, 16 años)

Afrontar o evitar enfrentarse a las situaciones que les provocar sufrimiento son formas de reaccionar, a veces muy poco asertivas. Aún les quedan por aprender todo este capítulo. Sin embargo, de forma espontánea muchas veces y otras forzados por la ley o ayudados por los profesionales, aprenden a mirar a su sufrimiento a los ojos y elegir formatos distintos de funcionamiento. Es la toma de conciencia de la existencia de un problema. Como se ha visto, surge cuando los adolescentes reconocen la existencia de su sufrimiento. Así, se hacen conscientes de dos problemas. Por una lado, asumen la responsabilidad de lo que hacen; y por otro, empiezan a tomar conciencia de la necesidad de cambiar para “*dejar de hacerme daño.*”(Diego, 13 años).

“Poco a poco voy entrando por las normas, porque nunca las he tenido, me las he saltado a la torera. He hecho miles de trucos para saltármelas.”
(Cosmo, 17 años)

“Pfff que no me sentía mal yo también que he hecho lo que he hecho, sabes? no voy a...no sé. He hecho lo que he hecho y ya está. Me echaban, también que es normal. Si una persona molesta a todo el mundo y hace todo el rato lo mismo, luego al final es normal al final, que aunque no lo haga él...¿no? Vale, porque no lo has tirado esta vez, pero otra sí ¿no?” (Sabin, 17 años)

Tienen recuerdos de las ilegalidades cometidas para reconocer y concienciarse con ello, de la necesidad de cambio en la marcha de su vida.

“Porque no estoy pensando ahora en trucos, estoy pensando en cosas claras, en ideas básicas, en ideas buenas, en ser legal. Yo antes era ilegal, ilegal 100%. O sea, he hecho cambios en exámenes miles. Está en un examen de recuperación de todo el curso en 4º de la ESO y coger y con el de al lado, coger todo el examen y pum ponerlo debajo del mío, cuando se ha dado media vuelta. Luego de repente copiar todo en la hoja de al lado y cuando se da media vuelta devolverle el examen y coger el mío, pum. Eso es ilegal 100%, es así.” (Cosmo, 17 años)

En un principio no les gusta nada recordar estas historias; se ponen nerviosos e irritables. Esto indica que el proceso de cambio va a ser un poco más largo. Aún no han aceptado el recuerdo e intentan evitarlos una y otra vez.

“Es...es muy difícil, porque lo que he hecho, porque lo que he hecho anteriormente a mi madre. No sé. Empezar a darme leches con ella, empecé a los nueve años. Qué quieres que te diga, no te voy a mentir, pero no sé.” (Margarita, 13 años)

Poder ayudar a alguien requiere que quiera que le ayuden y que permita hacerlo. La aceptación de la ayuda que se le puede prestar, se hará a partir del reconocimiento de la necesidad, a partir de reconocimiento de la existencia del problema.

“S. ¿Cómo te puede ayudar la gente que te ve mal?”

J. Pues... insistiendo. Mis aitas han insistido mucho y no he hecho caso por cabezón. Pero ahora... [Es distinto, ahora quiere. Es un reconocimiento de la certeza en la que estaban los adultos y la equivocación en la que se encontraba él. Es la aceptación de estar equivocado].” (Jacinto, 16 años)

El reconocimiento de lo que ha hecho en el pasado y su enjuiciamiento, permite ahondar en la conciencia del problema, en ver la necesidad de cambiar y decidir hacerlo. Así introducen los cambios más adecuados en sus actitudes y en sus conductas.

“He hecho ‘cafridades’...y eso. Por haberme visto poco a poco he ido mejorando. Yo ya no hago nada de eso²⁸. Nada, nada. Ni lo he hecho, ni lo volveré a hacer. Porque no lleva a ningún lado eso.” (Laurel, 18 años)

En el proceso de hacerse conscientes de su problemática, cuando aprenden a identificar emociones y se van dando cuenta de lo que sienten, empiezan a tener la necesidad de tomar el control para poder gobernar sus reacciones y con ellas su vida. Reconocen ahora la necesidad de autocontrol. Han aprendido que *“Llevarse mal con la gente tiene repercusiones negativas.”* (Valeria, 17 años), porque en este estado hacen las cosas despistados, con la atención en otra cosa y con mayor riesgo de tener accidentes, tal y como lo reconoce Margarita, (13 años).

S. ¿Qué pasa cuando te llevas mal con todo el mundo?

M. Muchas cosas malas...

S. Dime alguna

M. Pues por ejemplo, el día del accidente, me caí, con las educadoras... bueno, tuve una discursión con las educadoras ese mismo día... y pensando yo en la discursión... me caí.” (Margarita, 13 años)

Reconocen un interés por cambiar y lo diferencian de su emocionalidad negativa. Esta emocionalidad, más allá de hacerles pasar mal, les hace *“pasarlo fatal”*, como se refleja en la siguiente afirmación.

“En las rabietas [lo pasas] fatal. Fatal, no sé, al principio parece que daba gusto ... Hay alguna gente que piensa que estar enfadada...; hay alguna

²⁸ Está duplicado en Ganas de vivir=> Darse cuenta de la necesidad de cambiar=> Diferencia con lo anterior => Arrepentimiento. Y en TC => Manifestaciones => Agresividad => Autocontrol

*gente que dice... —¡Ala! pues le gusta estar cabreada... —y te quedas... —
¡Pues no! No me gusta estar enfadada ¿Qué dices? ¿Qué me gusta estar
enfadada? ¡Pues no! —. Porque me interesa más llevarme bien con todo el
mundo...que mal.” (Margarita, 13 años)*

Por otro lado, reconocen las estrategias que utilizan para autocontrolarse y cortan conversaciones. Su lenguaje usa metáforas relacionadas con la agresividad, tal como “para no reventar”, en momentos donde se ven como bombas de relojería.

*“Ahí es que estoy con algo y estoy discutiendo y sé que voy a reventar me
doy media vuelta y que me dé el aire, que me dé el aire porque reviento. Es
como todo el mundo; tienes un límite, cuando ese límite se pasa es como
todo el mundo, revienta; entonces cuando se pasa el límite mi paciencia es
muy, muy pequeñita.” (Valeria, 17 años)*

Aprenden a desoír mensajes con información improductiva, incrementan su relajación muscular cuando reconocen la tensión y buscan la tranquilidad, aislándose en un entorno más tranquilo, alejado del bullicio, durante un tiempo que les permita desactivar su agresividad. Identifican las características de su escasa paciencia y se ejercitan activamente para incrementarla.

*“Y esas reacciones, pues, las intento evitar. Por lo menos ya no tengo las
mismas reacciones que antes. Porque antes de entrar al patronato tuve tres
días con el mismo cabreo, y el tercero fue el peor...por eso... Me tuve que
encerrar en la habitación yo sola...para no dar una leche a mi madre...por
no decirlo así, para mantenerla un poco a salvo, y... no sé. Mi madre ahora
me ha perdonado pero...yo por dentro sigo mal.” (Margarita, 13 años)*

Reconocen el proceso y la evolución que se sigue en el aprendizaje del autocontrol. Inicialmente lo demuestran con mucha fragilidad, a falta de más práctica y reflexión sobre la estrategia.

“R. Si me dicen algo paso de ellos ahora, pero antes no podía.

S. Como has aprendido a pasar de eso de los insultos de

R. Pues ya aguantas una vez que te lo han dicho, ya aguantas.” (Rosa, 15 años)

Para llegar a darse cuenta, o tomar conciencia de su problema, requiere hacer un análisis de su situación y conseguir criticar la rebeldía. Los adolescentes consideran inicialmente la rebeldía como su normalidad. Una actitud de defensa de su autodefinición y afirmación. La crítica, por tanto, ha de hacerse al comportamiento general, a toda una época de TC. En estos momentos, no lo identifican con el sufrimiento porque aún no saben qué les pasa. Sólo saben que lo están pasando mal.

“A esa edad era una niñata, como hoy casi todo el mundo.” (Mimosa, 22 años)

“S. ¿Por qué piensas tú que todo era relacionado con lo malo?

L. Porque no tenía consciencia ni de lo que hacía, ni de lo que decía, ni de lo que robaba ni de lo que pegaba. Para mí todo era normal y en realidad estaba haciendo todo mal. Todo, todo, todo mal. Desde los animales, los maltrataba, mataba animales. Me arrepiento ¿eh? Pero bueno.” (Laurel, 18 años)

En todo este proceso se ha descubierto un interés por cambiar. Pero también se descubren dificultades con el esfuerzo que supone hacerlo, dadas las emociones que mantienen la conducta problemática y los recuerdos que las refuerzan. Así las estrategias continúan siendo inoperantes. Entre ellas desoír a los otros, sobre todo adultos, cuando no se han ganado su confianza. El proceso es imparable. El afrontamiento es el inicio de la búsqueda de sentido para suavizar el sufrimiento. Lo explicaré a continuación.

4.6. SUAVIZAR EL SUFRIMIENTO

Traspassando la exclusiva vivencia de los adolescentes, a nivel escolar han saltado las alarmas y los profesores se han puesto en contacto con los padres, cuando no con los servicios sociales. A su vez, estos recurren a los profesionales de la salud cuando reconocen su desbordamiento. Rosa reconoce que fue su responsable de caso quien le recomienda contactar con psiquiatría y lo justifica porque es una niña que no llora.

“R: Yo es que antes era muy nerviosa

S: ¿Y qué hacías?

R: No se, a mi me dijeron vas a ir a un psiquiatra, y dije —¡vale!— Es que me envían, porque aunque yo vaya al psiquiatra, a mi me cuesta llorar. Me estas contando algo de mi padre, que se, que está muerto y vale me cuesta un montón llorar. Yo para llorar soy muy, siempre estoy alegre contenta, bromeando. Y el otro día me dio, el jueves, se quedaron alucinados conmigo en el colegio porque me quería ir pa’ casa después del patio que hora sería las 11:30. Me quería ir para casa, encima no había venido ni mi tutora ni nada yo me querría ir para casa y empecé a llorar y la secretaria me dice —pero que te ha pasado Rosa pero si tú eres siempre muy alegre muy contenta a ti para que te vean llorar te ha tenido que pasar algo muy grave—. Y yo —no me ha pasado nada, yo me quiero ir para mi casa—.” (Rosa, 15 años).

Aunque existe sufrimiento, no hay un reconocimiento del fenómeno o una expresión del mismo. Viven de espaldas a él; para ellos, esta es su normalidad. Mayor es el problema cuando los padres no quieren, o no pueden, ver la problemática existente en casa. Asumir la existencia de un problema pone de manifiesto la posibilidad de haberse equivocado en las decisiones o reconocer abiertamente lo que se ha dejado de hacer. Generalmente se atribuye el problema al chico o a la chica. Sin embargo el problema está más que en la forma de estructurarse la familia, en las interacciones que se dan

entre los miembros. Ya se ha señalado la renuncia parental con desplazamiento, la soledad y la vulnerabilidad en que se encuentran, así como sus consecuencias.

A veces son los propios chavales quienes piden ir al médico. Se hacen conscientes de sus dificultades, fundamentalmente con mucho miedo a distintas cosas: a morir de un ataque al corazón, a estar o volverse “locos”, cuando tienen crisis de angustia o no entienden que tienen miedo. Lo tiñen con el consabido “tengo problemas con mis padres”. Este es el caso de Mimosa, 22 años.

“Y al día siguiente, de estar en el Hospital y todo eso, me da la sorpresa, que igual tengo esquizofrenia o no sé qué historias jajá, al día siguiente fuimos a la consulta, por primera vez a infanto-juvenil, la psiquiatra CR. Tenía 16 años. Eso te estoy hablando el 1 de julio. Hasta agosto yo no pisé la unidad de ingreso IJ. Me dediqué a beber leche, para ver si se me pasa, si me van a tocar los huevos aquí o, si se me pasa.” (Mimosa, 22 años)

Como he explicado, se dan cuenta cuando son más mayores y han afrontado muchas de sus dificultades y superado muchas de las pruebas que les ha impuesto la vida. Han encontrando estrategias que les ha ayudado a canalizar y apaciguar la rabia y la ansiedad, tienen cierta seguridad personal. Ahora critican a las opciones ‘locas’ elegidas para aplacarse y huir del sufrimiento, considerándolas una gran ‘chiquillada’ con arrepentimiento; o como dice Mimosa:

“Son unos frikis que no saben nada y piensan que lo saben todo”. (Mimosa, 22 años)

Pueden reconocer su desorientación o zozobra interior al hacer crítica de las alternativas de afrontamiento elegidas. Las reconocen y etiquetan como inadaptadas para desarrollarse y crecer, e inadecuadas para sentirse personas. Llegan a representar las distintas formas en que afrontan el sufrimiento y, porqué no, la superación del mismo. Así lo afirma otra de las adolescentes.

“Antes no era persona y ahora por lo menos lo soy. [Antes no era] nada, porque iba todo el día así drogada, que no era nadie. ¿Quién iba a ser? si no sabía ni quién era yo.” (Valeria, 17 años)

Los adolescentes con sus relatos, observando su entorno más amplio, fuera del contexto familiar próximo, han mostrado cómo empiezan a verse diferentes. Esta percepción les lleva a darse cuenta del motivo: una realidad con mayor sufrimiento. Argumentan las comparaciones que hacen, identifican el momento y detectan las formas de manifestarlo, determinando el progreso en diferentes sentidos, permite y posibilita hacerse consciente del sufrimiento. Con ello reconocen otras posibilidades de poderlo afrontar.

Ven a los profesionales de la salud de forma diferente según sean psiquiatras u otros, profesionales de enfermería, por ejemplo. Por lo general, ambos les dan tranquilidad, aunque con las enfermeras la relación es más cercana. Ellos resuelven todas sus dudas, de ellos aprenden, en ellos confían y con ellos discuten más confiados, cuando no están de acuerdo en sus planteamientos o la negociación no resulta como esperaban. Es como si fuesen la extensión de su familia. La relación con los psiquiatras es otra, más distante, con más miedo; desde otro plano de intimidad y confianza.

“Hombre, tú vas por la calle y ves a una persona, la puedes ver lo más normal posible, igual es esquizofrénica y está pensando igual en hacer un mal día y hacerte una locura. No te puedes fiar de. Es todavía muy difícil. Yo la psiquiatría siempre la he visto muy difícil. Porque la psiquiatría, no es un tumor, que te sale es un trastorno. Eso mejor que la persona que lo pasa, no lo sabe nadie jeje. El médico, si jó ha estudiado para ello, se ha tirado un montón de años en la universidad, pero mejor que la persona misma no lo sabe. Hasta que no lo pasas no lo sabes.”
(Mimosa, 22 años)

Finalmente, conocer la existencia de sufrimiento da pie para empezar a poner en marcha

estrategias para poderlo afrontar y suavizar. ¿De qué forma hacerlo? Es otra de las cosas que ha ido emergiendo, en relación con todo aquello que se hace para disminuir o eliminar el sufrimiento. Es la última categoría que cierra la interpretación realizada en el planteamiento expuesto. La forma de suavizar el sufrimiento adquiere diferentes momentos en el proceso. Las subcategorías que lo representan son:

- “*Yo sólo pienso en el presente*”, a partir de un código in vivo. Encierra el DES-INTE-RES.
- Las ganas de vivir, reforzando la idea anterior.

4.6.1. “YO SÓLO PIENSO EN EL PRESENTE”

Quien *sólo piensa en el presente*, es por el sufrimiento que produce recordar el pasado, y como forma de no anticipar preocupaciones para poder así afrontar progresivamente la realidad. Este código in vivo pone de manifiesto el sufrimiento generado al anticipar el futuro.

“Yo sólo pienso en el presente.” (Diego, 13 años)

Y ojalá fuera así porque sería una forma, inicialmente de controlarlo, sin anticipar el miedo o la inseguridad por él generada que pueden llegar a paralizar el afrontamiento o incluso, amordazarlo, haciéndolo defensivo. Contrariamente a lo que podría esperarse, las vivencias y los pensamientos transmitidos apuntan en el sentido del miedo. Pero también puede ser un miedo preventivo, realista y que orienta hacia la adaptación.

“Si el presente lo empleas sólo para divertirme, luego el futuro igual es malo.” (Diego, 13 años)

“C: Y una carrera quiero hacerme. O sea, yo quiero hacer una carrera. Mis padres tienen los dos. Yo quiero seguir sus pasos.”

S: ¿ Tú qué quieres hacer?

C: Informática, algo de informática. Algo relacionado con la informática, porque hago diseño asistido por ordenador en el cole. Es lo que mejor se me daba. Cojo el Dau ¿sabes lo que es el sistema de Dau por ordenador? Esto. Bueno, pues es lo que mejor se me da.” (Cosmo, 17 años)

A pesar de rechazar pensar en el futuro, identifican su vida valorándolo, eligiendo lo que quieren hacer, qué y cómo quieren ser, qué quieren conseguir, cómo temen terminar, en qué no se quieren convertir. Su base es el presente, ahora más reflexivo aunque con mucha insistencia en demostrar la escasa o ausente dedicación a pensar en las repercusiones, porque pensar en ellas les obliga a *analizar* y darse cuenta de sus dificultades y carencias.

“A ver imagínate un chaval ya desde pequeñito, ya robando y haciendo todas esas cosas, luego de mayor pues donde va a pasar toda su vida. Pues en la cárcel.” (Diego, 13 años)

Sin embargo, revivir el pasado les ha hecho *cuestionarse el presente* y, sobre todo cuestionarte el futuro, en el sentido de no querer que el pasado sea presente ni que ese pasado repercuta en el futuro. En definitiva, la experiencia pasada es utilizada para aprender.

“S.- ¿Qué ha pasado para que te vaya así?

V.- Pues todo, porque yo también mal he ido mal desde un principio empezamos ya mal. Porque yo creo a mí que no me quería nadie, ni mi familia. A mí me decía mi abuela que sólo quería a mi hermano.” (Valeria, 17 años)

Centrarse en el presente supone analizarlo continuamente, conlleva tomar decisiones en la línea de los cambios importantes y necesarios, para retomar el control de la propia vida. En definitiva, es centrarse en la inmediatez, el aquí y ahora para encontrar el

sentido de su existencia.

“C. No sé las experiencias nuevas, como van a ser. Tengo miedo, pero miedo serio. O sea.

S. Y tu actitud ¿cómo va a ser?

C. Positiva, más diferente. No va a ser una actitud como la del otro colegio.” (Cosmo, 17 años)

Buscar el sentido, buscar significados, caminos y fines, es una característica propia de los adolescentes en esta etapa crítica en la que se adentran en la vida adulta. Pero especialmente éstos, con TC, han experimentado experiencias concretas que no entienden, les resultan paradójicas y deben endosarlas en su bagaje de funcionamiento psicosocial, y ser asumidas desde “su normalidad”, introduciéndolo en su presente.

“Lo relaciono todo, sino con mi vida. Porque mi vida es toda así, pero cambiar, espero cambiar pronto para no seguir haciéndome daño. Porque no es que piense mucho que me estoy haciendo daño, y cuanto antes mejor.” (Diego, 13 años)

Cuando son conscientes de su realidad, le atribuyen una causa para encontrar el sentido del sufrimiento. Es el razonamiento que los adolescentes dan al TC. No lo ven como un trastorno; menos como una enfermedad. Lo que dicen es *“Yo no tengo ningún trastorno.”* (Amapola, 16 años). O *“Me dicen que estoy trastornada.”* (Rosa, 15 años), en un descreimiento total. Obviamente la actitud que manifiestan es de desconfianza y autoprotección en un entorno que consideran hostil, como los que están acostumbrados a frecuentar.

“Total que no le cuento nada a la psiquiatra, estoy así, estoy así [Demuestra su actitud pasiva y pasota, con la que quiere encubrir todo su sufrimiento y su desacuerdo por tener que acudir a la consulta] Me quedo así, me está hablando, y yo, -si, si, si, si-. Yo no es que no hable, es que no

me gusta, no porque tampoco que va ayudar a olvidar el pasado ¿no?”

(Rosa, 15 años)

Lo entienden como la rebeldía, propia de los adolescentes con sus padres; un enfrentamiento normal ante el desacuerdo con su realidad o con su vida. Lo que suelen decir es que *"tengo problemas con mis padres"* o *"no me entiendo con mis padres"*, en un primer momento, cuando aún no han tomado conciencia.

Puede ser una forma de minimizar el problema, sobre todo visto desde fuera. Sin embargo, cuando no tienen otras referencias claras, el problema es su funcionamiento; el problema es su normalidad. La normalidad de la supervivencia, en la que las normas son otras. En este contexto.

¿Cuál es el significado que dan a “su” TC? Lo explican con la información que han obtenido de los profesionales respecto al diagnóstico que les han puesto, información que luego contrastan, comparan y amplían en internet, su ventana al mundo. Así lo reconocen, como dice Mimosa

“Pues ya lo miraré en Internet.” (Mimosa, 22 años)

Ellos desconocen que tengan un problema, a veces se mantienen tenazmente en su negativa; no lo ven. Empiezan a saberlo cuando se lo dicen los profesionales; en un principio, la negación es total. Luego, van aceptándolo a partir de establecer la diferencia entre enfermedad y trastornos, entre psiquiátrico y psicológico, *“Vas creciendo pero como no... Que lo mío, más que psiquiátrico es psicológico.”* (Mimosa, 22 años). Y así es mejor aceptado porque resulta menos determinante y estigmatizador, al dejar las puertas abiertas a la curación.

“La explicación la adaptan para evitar cerrar alternativas de normalización. Al contrario, dejan abiertas las puertas de la madurez, el proceso de desarrollo, posibilitando que la persona enferma acepte su diagnóstico con más facilidad.” (Mimosa, 22 años)

Por otro lado, también establecen la diferencia entre lo necesario y lo apetecible, a partir del sufrimiento por la relación con la experiencia infantil y todo lo que ello ha conllevado.

“Y aunque [ese cariño de los padres], es lo quiere todo el mundo. Pero que, no es que lo quieres, que lo necesitas porque no lo has tenido, no lo has tenido en su día y lo necesitas.” (Mimosa, 22 años)

Su interpretación para explicar el TC es esta.

“Porque me han dicho que ese trastorno me viene desde pequeña, de la infancia. Y nada. Pues que viene esto desde la infancia, es como jopé es como ¡Me han hecho cada croquis, para explicarme!” (Mimosa, 22 años)

“Me lo quiso explicar así, vamos, que luego piense otra cosa [no es cosa mía]”. (Mimosa, 22 años)

“Tengo pequeños rasgos, que vienen desde pequeña. Soy una persona normal que puedo tener mis comportamientos más infantiles. No, si es verdad, yo creo que sí ¿eh?...Igual tengo actuaciones más infantiles, igual maneras de expresar así con las manos, como infantiles, o...igual cuando estoy con mis sobrinos soy igual que ellos. Que no soy en plan —soy tu tía de 22 años—. No, soy tu tía y parece que tengo tu edad jeje; o más infantiles, como que vas atrasada en el tiempo.” (Mimosa, 22 años)

“Que desde pequeña tenía que haber estado yo en psicólogos, me dijeron que desde pequeña tenía que haber estado yo en psicólogos, y que si hubiese estado ya en psicólogos desde pequeña, igual no hubiese necesitado medicación hoy en día. Hoy en día no hubiese igual necesitado medicación. Por eso digo yo que...si a una persona se le va a morir un familiar y el crío

es pequeño pues ir preparándole mucho antes. Joer mi madre se enteraba del cáncer cuatro años antes de que se muriera. En cuatro años puedes ir preparando a una persona.” (Mimosa, 22 años)

El planteamiento de los profesionales es, sin embargo, diferente. Más epidemiológico, de existencia de enfermedad y por tanto, incluso de necesidad de administración de medicación para controlar los síntomas. En este caso, los impulsos.

Los motivos para tal problema, trastorno o alteración, los adolescentes con TC lo explican desde tres planteamientos:

- La DESmotivación por los estudios. Es el momento de decidir el futuro, estudiar o trabajar. Generalmente, la motivación para el estudio es insuficiente e intentan valerse por sí mismos, como lo han hecho toda su vida, rápidamente. Es frecuente que quieran dejar de estudiar, cuando han llegado a la edad de dejar el colegio. Suele ser desde los 12 hasta los 16 años. O cambiar el tipo de estudios, hacia una FP u ocupacional, a partir de los 16 ó 17 años.

“S. ¿Cuándo empezaste a ir al psiquiatra?

J. Pues, cuando empecé a no hacer nada en clase y todo eso. Porque la psiquiatra mía, pues me preguntaba cosas, que yo, yo no quería hablar, porque no, por cabezón. Se me había metido en la cabeza que no quería hablar, y que no necesitaba ayuda, y que no quería ayuda. Y lo veía como que tenía yo la razón.” (Jacinto, 16 años)

Intentan “*buscarse la vida*” de otra forma, porque estudiar les aburre y no ven la utilidad de nada cuanto les enseñan.

“[Para llegar a consumir] Tampoco tanto como aburrirme. Ir a ese colegio (al Primero) es lo que me hizo. Me junté con gente.” (Sabin, 17 años)

“Pero no iba a clase porque; pero no era por eso. Y ahora tampoco quiero ir a clase, pero voy porque (se muestra irritable), porque (y cada vez más), porque voy.” (Sabin, 17 años)

En este “voy” pone de manifiesto una obligación superior que no explica; es el pacto que ha hecho con sus padres respecto el consumo y el trapicheo, el colegio hasta ser mayor de edad, el compromiso para tomar la medicación e ir al psiquiatra. Es una obligación que tiene clara, no sólo de ahora. Pero que esconde, de la que no quiere hablar. Este es su territorio íntimo. El de hablar del trapicheo como la forma de buscarse la vida y obtener más gratificaciones. Además, intenta proteger lo que ha pactado con sus padres para conseguir si hace todo a lo que se ha comprometido. También con este “voy” expresa su gran malestar y desagrado por tener que ir al colegio. Porque no les gusta, no están a gusto con sus compañeros, ni con lo que está haciendo; tampoco tiene confianza con los profesores.

“Antes también la tenía también [la obligación de ir al colegio]; A ver. Voy porque, ¿sabes? Porque quiero ir, no hay más²⁹” (Sabin, 17 años)

No es sólo un factor, el aburrimiento que manifiestan han experimentado. Hay otros factores, como se ve, que se van añadiendo: la desmotivación para estudiar, buscar-encontrar gente afín y juntarse con ella, reforzándose la conducta inadaptada, disruptiva en clase. A partir de ahí, encontrar alternativas más atractivas, más acordes a los gustos transgresores, disruptivos, delincuenciales.

“Allí la liaba mucho³⁰, me echaban mucho. Jodía al que estaba al lado mío. Al profesor que terminaba echándome a la calle³¹. Si me porto mal, el profesor³² no podía hacer otra cosa].” (Sabin, 17 años)

²⁹ No quiere buscar o que le den más explicaciones que le puedan confundir en la claridad de sus ideas. Con lo que él piensa es suficiente, ya le vale.

³⁰ Acepta y asume que esto sea así. Incluso se extraña porque se lo plantee. Es como si tuviera absolutamente internalizada y normalizada su 'culpabilidad' y la consecuencia habitual, estar en el pasillo expulsado.

³¹ Estar en el pasillo quita oportunidades de aprender y da lugar a otros aprendizajes. Refuerza las ganas de no estar en clase, al hacer precisamente aquello que buscaba, no atender, no concentrarse, no participar de lo que plantea el

Todo esto da lugar a las piras, a dejar de ir a clase, porque allí no encuentran apoyo. Al contrario; y tampoco ayuda. Lo único que encuentran es el enfrentamiento que ellos han iniciado, muchas veces porque se están aburriendo. Aprenden a asumir la culpabilidad aunque no hayan sido ellos los que han hecho la interrupción y a tolerar la bronca sin inmutarse. Es otra forma de salir del aburrimiento, de ser el centro de atención, tanto de profesores como de alumnos y de la tolerancia a la culpabilización que han desarrollado.

“He aprendido algo [se refiere a los conocimientos escolares], no todo, aunque no sé tanto ¿sabes? Pero me decían ‘a la calle’ pero...hasta cierto punto je je, luego ya... Me decían, los primeros días sí, pero...si una persona se va a seguir portando mal y no ...esto [quiero cambiar], pues es normal que la echen. Luego también había algún profesor...que era un...cabrón también y al final por manía, o por lo que sería..., aunque lo harían otros, te echaba a ti pensando que... ya cuando pasaba algo en el colegio ya... te lo achacaban a ti.” (Sabin, 17 años)

Yo lo, aceptaba pero eso era cuando era pequeño. Ahora ya me da lo mismo, ahora ya, profesores, lo que dicen los profesores no [me importa].” (Sabin, 17 años)

En este sentido, la influencia que ejercen sobre ellos los profesores es nula. No les ven como referentes o modelos para aprender. Al contrario, le resultan molestos. Esto también es uno de los aprendizajes de estar en el pasillo.

- La INTensidad de una vida pasada y vivida, gobernada por la desatención de los límites necesarios en la convivencia familiar, escolar y social: horarios e itinerarios, adquisición de hábitos, desempeño de tareas, etc.

profesor; ser “la oposición”.

³² Esta forma de estimular es contraria al aprendizaje según las necesidades de cada chaval. Bien es cierto que tener chavales ‘invasores’ de las actividades escolares, dificulta enormemente la buena marcha de la clase y requiere muchísimo más esfuerzo por parte de los maestros.

Se refieren a las experiencias por las que han pasado, que abarcan desde el maltrato infantil, al consumo de drogas, la promiscuidad sexual, las fugas y la vida en la calle, buscándose la vida. Son supervivientes que tienen claro lo que quieren y, a veces, luchan para conseguirlo. Otras veces, la desmotivación y las ganancias secundarias que obtienen les hacen vivir en la inercia.

“Me he bloqueado. No, no me duele, sino como son tantas cosas, no sé cual decir primero. Lo que pasa que como son tantas cosas, entonces si me dices una, te la desencadeno.” (Mimosa, 22 años).

“Es que sinceramente tampoco tengo tanta memoria. Para tener diecisiete años he vivido más vida que nadie. Yo cuando vivía en el piso me fugaba y todo eh? Y me tenía que buscar la vida. Si he llegado a dormir en portales con mis amigas. Y te estoy contando con catorce quince años que me quería ir de fiesta. Tenía trece años y quería, montaba fiesta y luego ibas de fiesta y llegabas el domingo o el lunes que no eras persona, el martes no eres persona, el miércoles no eres persona y el jueves ya veremos si eres persona. Ya luego, me decían —deja todo que noséque—. Y yo —que no, que no pasa nada—. Y al final, lo dejé todo y la cocaína la deje aparte, vamos; porque al final iba pa'tras.”
(Valeria, 17 años)

Miden la intensidad de la vida según las experiencias de *"independencia"*. En esta propiedad incluye *"buscarse la vida"* fuera de casa, en la calle, a edades tempranas, el gusto por la fiesta como una forma de evadirse o huir de una realidad dolorosa: su soledad, desatención y añoranza.

La intensidad de la vida está relacionada con las experiencias que han pasado: la vida en la calle, el contacto con las drogas, la observación de lo que encuentran a su alrededor al respecto, los propios consumos siempre minimizados (en cantidad y en consecuencias) y diferenciados con el de otros, el contacto temprano con

experiencias de muerte y la ausencia de personas de referencia afectiva que puedan ayudarles a afrontarlas o a encauzar sus sentimientos. El contacto con las peleas como forma de defenderse, las múltiples relaciones, a veces íntimas en un intento de encontrar el afecto que no han tenido y el respeto que no les han dado.

“El consumo de cannabis, y eso. Todo empezó con eso y fue lo que hizo que me encontrara como he empezado a encontrarme yo hace poco; o sea mal, con mi familia y con todo vamos, en general.” (Sabin, 17 años)

- El RESentimiento acumulado de toda una vida hacia todos y todo. Lo justifican como una mezcla de impulsos, herencia e ira. Lo explican como la forma con la que consiguen encontrarse mejor.

“Ohh yo digo que tengo impulsos. Porque tengo mala leche. Por nada me pongo. Mucha, mucha mala leche. [El origen] Pues no sé, herencia igual de mi padre. [Jejeje] Es verdad, mis bisabuelos fijo. Porque mi abuelo y mi padre tienen mala hostia, mi tío tiene mala ostia, mi madre tiene mala hostia; mala hostia mi tía mala hostia. Mi madre lo mismo, mi hermano igual, ¿pues haber de dónde viene?” (Valeria, 17 años)

“Doce años sin mi madre, es como que tenía una rabia contenida.”
(Amapola, 16 años)

“M. Pues cada uno, no sé, busca la forma en que se sienten mejor, y hay gente que no la puede encontrar

S.Y tú piensas que cuando no encuentran la forma de sentirse mejor, ¿qué hacen?

M. Pues se sienten rabiosos. Igual no saben cómo, cómo hacer. O sea cómo sentirse mejor y, igual sufren por algún motivo y no saben qué hacer para dejar de sufrir y lo expresan de formas equivocadas.”
(Petunia, 18 años)

“Mis padres me han educado, pero no me han puesto un molde. No me han puesto correas.” (Margarita, 13 años)

Por otro lado, este resentimiento se deriva hacia otras personas, generalmente las monitoras y monitores cuando el servicio de protección al menor considera a un niño o adolescente como desprotegido. Sacarles de casa, llevarles a un piso tutelado, tener que “obedecer” los planteamientos de otros adultos, cuando no lo han aprendido de pequeños, introduce un hito. Ahora, la guía y la supervisión es una realidad. No saben afrontarla, están confusos por los contextos tan dispares. La rabia se incrementará hasta que aprendan la nueva rutina. Las nuevas pautas les darán la tranquilidad y la orientación de la que han carecido.

“Es un poco difícil controlar toda la rabia que tienes dentro y que la gente no te entienda, porque vale que no seas adivina pero también puede decir —bueno vale—, si sabemos que, que la semana pasada tuvo dos broncas con la misma persona, pues esta semana podrían —vamos a dejarla tranquilita— pues no, te avasallan, te avasallan y te avasallan.”
(Margarita, 13 años)

O el hecho de verse distintos que los demás, sin hacer más ejercicios y reconocer los factores que les igualan con los demás. El intento de justificar la diferencia, busca mantener las mismas conductas; no ven la necesidad de cambio, el influjo de las emociones sobre su conducta y la necesidad de pensar antes de actuar.

“Siempre son estúpidos pero, que para los demás puede ser estúpidos pero, que yo siento que la gente de aquí no me respeta. Que las educadoras se piensan —¡bah! es una niña, no le vamos a hacer caso—. Pero para mí, que me respeten es muy importante. Que vale sí tendré 13 años y seré persona, pero también quiero que la gente me respete como, no como a las otras personas que. Que por fuera para la gente que mete aquí a sus hijos, por sus padres mismos, pues la gente que está aquí porque les meten sus padres, pues tienen más suerte que

nosotros, los que estamos tutelados. Los que estamos tutelados, ya es te cortan las alas. Ya te dicen —¡bah! tu vida ya no es la misma que la de antes. Cambia el chip—. Y no es lo mismo.” (Margarita, 13 años)

A partir del DES-INTE-RES: DESmotivación para estudiar, INTEnsidad de la vida sin una supervisión que les haya orientado hacia unos logros concretos, y un RESentimiento acumulado por lo que les ha tocado vivir, encuentran su sentido, el aprendizaje que con él han adquirido y que muchas veces convierten, o quieren hacerlo, en útil para ayudar a los demás.

Por otro lado, el aprendizaje que les aporta su DES-INTE-RES, les impulsa a tener todas las ganas de vivir y con ellas poner en marcha distintas formas activas, estrategias en definitiva que les permiten suavizar su sufrimiento. Con ellas también dan sentido a su vida.

4.6.2. GANAS DE VIVIR

Las *ganas de vivir* han emergido del espíritu de los adolescentes. Mejor dicho, del sentido que dan a sus relatos. Estas ganas de vivir ponen de manifiesto su voluntad por seguir adelante, por encima de todo, luchando contra las dificultades. Implica la exploración de posibles y alternativas soluciones, cuando los planteamientos de partida resultan complejos.

“Si traigo un niño al mundo pues lo cuido y si es por dinero pues al menos hago algo en esta vida hasta que yo pueda con todo o sea trabajando y ganando dinero pues todo lo que puedo ganar y si tengo el niño no lo dejo por ahí en un hogar ni nada; lo dejo con mi familia hasta que lo pueda mantener.” (Adolfo, 14 años)

“De repente no sé cómo vienen las cosas, si tengo miedo voy a ir más a por él [referido al miedo] que si no me lo pienso; para quitármelo de encima. Que tengo miedo a la oscuridad, pues me pongo encerrao en la habitación a oscuras. Como sea; yo si a algo tengo miedo, voy a ir a por ello para quitármelo de la cabeza; paso de tener la preocupación.”
(Diego, 13 años)

Esta lucha ante las dificultades es una forma de ver su realidad, con posibilidades de sobrellevarlas e incluso remediarlas. Es una forma de ver posibilidades en la adversidad, un planteamiento optimista basado en el patrimonio propio: las capacidades y las posibilidades particulares para conseguir el fortalecimiento personal.

“Como dice todo el mundo, la gente cambia, aunque casi todas no, pero la gente cambia y yo he querido cambiar. Y el que algo quiere, algo le cuesta. Y la gente dice “yo no puedo cambiar”. Tú qué sabes, si no lo has intentado. Es que hay mucha gente que dice “lo he intentao y jo, no he cambiado porque no puedo cambiar. ¡Qué voy a cambiar si no puedo cambiar!”. Pero no lo han intentado de verdad. ¡Pues claro que puedes!” (Valeria, 17 años)

En esta cita se pone de manifiesto el dicho clásico de *“querer es poder”*. Con ella se establece la posibilidad existente en cada persona del poder para cambiar su realidad. Los ingredientes fundamentales para ello, su fuerza de voluntad y la existencia de una meta o un propósito; es decir, la intención. Podemos resumirlo como querer, querer hacer y hacerlo realmente. Refleja una actitud de lucha por lo que realmente consideran valioso; por poder mejorar y cambiar de vida.

Esta lucha resulta útil para encontrar sentido a su experiencia. Entienden la renuncia parental durante la infancia, como el impulso útil para buscar amigos, relacionarse con ellos, evitando la soledad, aprender con ellos y apoyarse en ellos llegando a una complicidad que le permitirá completar su lucha ante las dificultades y el poder ayudar a los demás.

“A ver, tu madre te ha dejado, vale. Pero igual me ha ayudado. Me ha ayudado en dos partes para hacer amigos y estar con la gente.” (Adolfo, 14 años)

El aprendizaje adquirido durante el proceso permitirá ayudar a los demás, a partir del conocimiento adquirido al afrontar las propias dificultades.

“Veo que hay gente que lo está pasando mal y me gustaría ayudarles. Hablando, diciendo lo que me ha pasado y me encuentro mejor y diciendo lo mejor.” (Adolfo, 14 años)

“A mí no me gustaría que las otras personas lo pasarían mal como lo he pasado yo.” (Adolfo, 14 años)

Las formas de ayudar a los demás también las aprenden de lo que ven hacer a otros. Incluye imitar lo que hacen los profesionales cuando entran en el circuito socio sanitario. Así escuchan, apoyan, animan, recomiendan o aconsejan, a veces ejemplifican con sus propias conductas. Además, suelen sensibilizarse reconociendo a quien está sufriendo, solidarizándose con dicha persona y hacen un mundo dicotómico entre lo bueno y lo malo, entre un nosotros y los demás.

“Y...la verdad...cuando se cabreó Álex, le dije.. —¡no!, ¡Alex!, ¡no!, ¡para! ¡para! Reflexiona. Espi... ¡inspira! ¡expira!, ¡inspira! ¡expira!, ¡inspira! ¡expira!— ... [risas] ... y me dice ... —no me hagas eso Margarita, que ya sabes que me pone nervioso—, —no, si ya lo sé, es para tranquilizarme. Porque ahora la que está nerviosa soy yo, no tú—. [de nuevo risas] Y, y, bueno. Después de aquel día, pues, estuvo bien. Más o menos, se acordó de todo el baile de carnavales. Por lo menos [sirvió mi ayuda]” (Margarita, 13 años)

En definitiva, las formas activas de suavizar el sufrimiento, pueden sintetizarse en **las**

ganas de vivir que se plantean estos adolescentes. Las *ganas de vivir* representan la forma de salir del problema y suavizar el sufrimiento. Supone aprender a partir del sufrimiento por las distintas experiencias vividas, por las equivocaciones cometidas. Con ellas se han ido descubriendo y han podido descubrir cosas nuevas y han conseguido el optimismo necesario para poder darse cuenta de la necesidad de cambiar y cambiar. Una vez experimentadas cuantas experiencias extremadas han podido afrontar. Se han dado cuenta de su soledad, pero también de sus posibilidades. Dentro de éstas, consiguen la autonomía necesaria para identificar que sólo son ellos mismos quienes se pueden cuidar, porque nadie lo hará por ellos.

- Alternativas para alcanzar la felicidad, obedecen a las expectativas de los adolescentes con TC.
- La vergüenza, del comportamiento previo, de los recuerdos y de los errores.
- El proceso de cambio que afrontan en su vida, desde la infancia, a partir de los hitos afrontados.

Con estas ganas de vivir inician una experiencia diferente, más madura, con mayor autonomía. Una actitud vital y optimista.

4.6.2.1. ALTERNATIVAS PARA ALCANZAR LA FELICIDAD

La felicidad como argumento y como fin. Pero también como expectativa de la fantasía ideada en su imaginación; o mejor de la utopía, tal y como la conciben inicialmente los adolescentes. La felicidad suelen entenderla cómo lo contrario al sufrimiento. Es decir, los problemas producen sufrimiento y la felicidad es mantenerse alejado de ellos y siempre.

La felicidad para ellos, requiere varias cosas. Por un lado está el proyecto de crear una **familia** o adaptarse a la que crearon similarmente sus padres, en este sentido referentes. Como hemos visto en las relaciones parentales, son las dos opciones que se dan a lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo en estos adolescentes.

“V. El primero niño por favor. Porque si me quedo embarazada primero quiero el niño. Porque quiero un nene; luego ya si sale nena también le haré lacitos. Pues qué le vas hacer. Lo que salga y si sale niña, pues a por el niño y si me salen todo niñas, ¡ igual tengo catorce niñas! No, todo el equipo de baloncesto.

S. ¿Quieres una familia grande?

V. Noo, Tampoco tanto, pero que niño y niña si me gustaría. Mi prima ahora está embarazada. A ver lo que es, nene o nena. Mi prima está toda emocionada. Ahora tiene veinte años. Yo todavía no quiero tener, no. Yo cuando ya viva con mi novio y ya estemos unos ¡años! (insiste y subraya), porque yo tan pronto no.” (Valeria, 17 años)

El refugio en la familia, ahora que la entienden como apoyo y consuelo, ahora que empiezan a saber lo que quieren, callejear empieza a ser menos importante. Es un intento de recuperar y aprovechar el tiempo perdido. Este aspecto lo justifican con distintos argumentos. Uno de ellos es disfrutar de los familiares queridos que están gravemente enfermos, como le pasa a Laurel (18 años).

“S. ¿Qué es importante para ti en tu vida en este momento?

L. La familia. Porque...encima mi tío está muy mal...tiene el bicho este...el SIDA...y nada, quiero estar con él lo más posible...porque, pfff, no sé cuánto tiempo le quedará. Se va a ir. Ahora aprovechar y estar... todos juntos. Hasta que se muera.” (Laurel, 18 años)

O quienes viviendo toda la vida en hogares funcionales, quiere aprovechar ahora lo que nunca ha tenido: a su familia reunida en casa, el perro, etc. La imagen platónica de la familia

“No me gusta salir.” (Rosa, 15 años)

Para Margarita, que acaba de entrar en un hogar funcional, y ve únicamente la pérdida de aquello a lo que está acostumbrada, la realidad de su casa. Y se ve entre la espada y la pared entre lo que opina su madre al respecto (Observación participante) y lo que le ofrece el servicio de menores.

“Para mi... lo importante en la vida es..., en mi vida ... Yo necesito estar más con mi familia. Diputación, yo creo que no lo entiende. Entonces, problemas, vale que intenten ayudar. Pues vale, que en mi piso hay una chavala que, a ver su padre, le ha pegado. Que eso sí me parece lógico que le metáis a un centro, donde no te pegan, pero también me parece ilógico que te traigan por cosas que se pueden solucionar, hablándolas. Pero aquí, a ver aquí no preten...sí que.... depende qué situaciones es mejor o peor, pero... en mi situación es más...no sé...” (Margarita, 13 años)

La alternativa para estar más con su familia también la utilizan como argumento cuando intentan ponerles límites respecto a las salidas cuando están en casa. De nuevo, con argumentos demagógicos fundamentados en la rabia, intentan hacer lo que quieren, aquello que ellos han decidido, sin contar con los demás.

“Mi madre dice que no estoy con ella, que no estoy con mi hermano...[Con cara de asombro y perplejidad, se pregunta] ¿Cómo voy a estar contigo si me has metido en un centro?” (Amapola, 16 años)

El periodo de tiempo entre hoy, momento de la entrevista, y la mayoría de edad es una expectativa central en su vida; es el pensamiento tranquilizador que le permite disminuir el sufrimiento de estar ingresados o de no poder hacer aquello que quieren. Es el convencimiento para mantener su autoimagen, es el margen real para no cambiar. Es la resistencia ante lo necesario. Y lo necesario es romper el cordón umbilical que les une a sus padres, en forma de vivir independientemente.

“Porque veo que me faltan simplemente puñeteros 21 meses para ser mayor de edad y me estaba comportando como un niño.” (Cosmo, 17 años)

Ven la mayoría de edad como una meta para ser independientes, a partir de la cual “algo cambiará”. Aunque no saben qué, se plantean no hacer lo mismo que hasta este momento. Es el límite temporal que marca para ellos el momento para “dejar” los errores, el comportamiento alterado. Su pretensión de madurez.

“En cuanto la tenga me voy a ir de casa, buscaré un trabajo de lo que sea y me pagaré mis gastos y todo. O sea yo cuando sea mayor de edad voy a cambiar mi vida, pero lo haré por mi cuenta. O sea no pienso vivir de mis padres. No voy a estar todo el rato viviendo como he vivido hasta ahora. Voy a vivir como una persona normal, manteniéndome a mí mismo y si laguna vez por alguna necesidad me falta algo de dinero para pagar la luz, pues les pediré a mis padres. Hombre porque son mis padres, pero si no seguiré pagándome yo la luz. Yo bastante daño les he hecho ya. No quiero hacerles más daño también cuando sea mayor de edad.” (Cosmo, 17 años)

Es el punto de arranque de la vida adulta, la salida para dar un giro copernicano. Supone plantearse la ruptura con lo anterior, el final de la vida desarraigada en hogares funcionales y/o con amistades peligrosas. Empezar “la formalidad” de su futuro. La responsabilidad de sí mismos. La independencia de la infancia.

“En cuanto haga dieciocho años me voy a vivir con mi novio. Si estamos amueblando. Ayer o antes de ayer, han entregado unos muebles que estuvieron montando, tenemos el sofá, tenemos la cama nos falta el armario de la habitación y la mesilla del salón y la mesa con las cuatro sillas del comedor. Estoy contenta. Si encima mi suegra mu maja ehh?. Si compramos el edredón que me dijeron allí y cogimos uno de, blanco con las con las rosas rosas, rosas; muy guay. Que luego también me trajeron el sofá, que ya está puesto un sofá rojo. Y luego el armario, que irá abajo y uno aquí [hace un croquis con las manos] y otro encima. Y el de encima le he puesto aquí y ha quedado un montón de bien. Estoy haciendo un montón de cambios en la casa, pero despacio. Le dije a mi novio ¿ahí no quedaría mejor? Nosequé e iba por la puerta y me dice hay pues si nosequé, sabes. Y

le he ayudado a montar muebles y todo. No sé, estamos muy bien la verdad.” (Valeria, 17 años)

“A. Me compraré una casa

S. ¿Y entonces quién va a tirar de ti?

A. Nadie. Entonces yo sabré tirar de mí.” (Amapola, 16 años)

Por otro lado está **el dinero**. Es el mediador para conseguir la independencia, se convierte en una herramienta necesaria para alcanzarla. Aprenden rápidamente a utilizarla, así como su valor, sus posibilidades, la forma de conseguirlo, lo que hacen para ello y las dificultades con que se topan.

“[La importancia del dinero es] Mucha. Pues detalles que quiero comprar pues, o sea, yo sin dinero no viviría.” (Adolfo, 14 años)

El dinero significa para ellos sus ganas de vivir y luchar por una mayor y más veloz independencia. Al dinero le dan gran importancia, porque les da lo que ellos creen que es la independencia, porque con él consideran que consiguen lo que quieren.

“El dinero tiene mucho valor. Sin dinero no te puedes alimentar y si no te alimentas no tienes salud. Así que mucha. Y no hablo de alimentación de drogas, sino de alimentación básica. Parece que no le doy demasiada importancia, pero sólo lo parece por mi diálogo. Pero, sabes.” (Cosmo, 17 años)

“Pero yo es que, no lo veo lógico conformarme con un empleo de esos, con mil y pico euros yo no, no me veo viviendo toda la vida así.” (Laurel, 18 años)

Generalmente son importantes consumistas, mostrando tendencias de endeudamiento, sobre todo cuando empiezan los escarceos con las drogas. Este apartado lo aprenden al

entrar en este submundo de engaño. Es el argumento de la presión y el prestigio.

“Y lo usaba mediante una gran chapa, sabes. Una gran chapa de convencimientos y de manipulaciones sentimentales y todo el rollo, sabes. Mediante muchas jamadas de cabeza, sabes. Era para salvar mi vida más que todo. O sea, no para consumir, sino porque ya lo había consumido y lo debía. Y tenía que pagar, porque si no, pues eso, la encía de abajo me la dejan igual que la de arriba.” (Cosmo, 17 años)

El recurso del convencimiento de los demás, pone de manifiesto el poder de seducción que pueden presentar. Lo han ido perfeccionando, en cada una de sus intervenciones y lo han generalizado a todas las facetas de su vida. En este sentido, la relación con los padres se convierte en un intercambio de favores por dinero, llegando a hacer pactos secretos entre madres o padres con los hijos, a espaldas del otro.

“Era un trapi entre mi madre y yo; acuerdos mutuos y secretos.(...) El caso es que yo también guardaba secretos de ella que no quiero confesar ahora porque son secretos de ella. Que sólo los sé yo como su hijo. Esta como un cambio de moneda, sabes. Yo le guardaba sus secretos y ella guardaba los míos. Mi padre de los dineros se ha enterado mucho, pero no me lo quiere demostrar.” (Cosmo, 17 años)

Suelen estar muy acostumbrados a comprar sin planificación, cada vez que les apetece, o cada vez que lo piden o necesitan. Los objetos que compran suelen ser accesorios o no prioritarios. Por ejemplo, lo que consiguió Sabin por estar ingresado y que no se enfadase más con sus padres fue el carné de conducir en cuanto hiciera los 18 años, a cambio de ir al instituto hasta finalizar el curso y cuidar a su primo durante ese verano de 2011. (OP Sabin, 17 años). Es visible como cada vez los intercambios son de mayor cuantía y no suelen guardar relación con el poder adquisitivo de la familia. En este sentido, lo primero es satisfacer, inconsistentemente, sus peticiones.

La importancia del dinero se pone de manifiesto cuando en el discurso explicitan el uso de la agresividad para defenderlo. *“Defenderlo a golpes si es necesario.”* (Diego, 13

años) Refleja la defensa de lo propio. Se ha hablado mucho de la necesidad de defender asertivamente las posturas y las elecciones. Sin embargo, cuando los niños han asumido el “no pegar” para convencer, pero no se ha extendido a todos, hay un problema. El problema es, precisamente, los que no pegan. Ellos terminan soportando los golpes de “los pegones”. No saben qué hacer, se quedan con el golpe y la frustración, sin saber limitar a un igual.

“[Veo que] para el chaval que le roban, mal. Para mí, pues sin más, tengo lo que quería. Luego el chaval que le roban, no sé lo que pensará pues porque a mí nunca me han robado. Es que no, no me veo porque yo si soy al que le roban, es que a mí si me vienen a robar, es que yo no les doy nada. Es que para que me tengan que robar me tienen que matar por lo menos y pffffff es que no lo sé, no me veía.” (Diego, 13 años)

De nuevo surge el pensamiento egocéntrico, en el que no es posible imaginar a los otros. A quienes les roban, a las víctimas, les describe como débiles; son los que no se saben defender. Se puede colocar en la postura de victimario, pero no en la de víctima.

“Porque yo no soy de esos de —venga si toma, no me pegues—. Yo soy de, —pues ven aquí que te pego yo—. Al final, soy yo el que va a acabar robando. No sé cómo puede haber gente tan así. ¡Chico que te están robando tus cosas! ¡Pues pégale!” (Diego, 13 años)

Recordar a los que no tienen dinero como los que no tienen nada. Son los muy distintos y alejados de ellos. Proceden de otro país, tienen otro futuro “trabajar y morir” y son el reflejo de lo que “no me gusta”. Parece que esta idea confirma otras, respecto a conseguir mejorar el bienestar y la independencia. La identificación con los que no tienen nada, les sirve un poco a nivel personal, para darse cuenta de las carencias que ellos también tienen. Pero enseguida establecen la distancia entre ambos.

“No me gustaría nacer o sea ahí, en África, con todos los pobres, porque me daría pena. O sea la gente de allí que está viviendo sin nada pues lo que

hace es trabajar y morir. No me gusta. Están viviendo sin nada.” (Adolfo, 14 años)

La idea de pobreza está muy estereotipada con los mensajes religiosos, los pobres siempre son los otros. A la vez, esta idea divide a las personas en dos grupos, los pobres y los otros. De hecho, ninguno de ellos se considera en este bajo nivel socio-económico. Siempre se ven distintos a los demás, con más recursos y posibilidades. Esta idea también nos habla de su capacidad de adaptación a la realidad que presentan, viendo siempre a otros peores que ellos. Esta idea encierra el positivismo de la superación.

“Sin dinero no se puede hacer nada. En mi familia no es que seamos ricos ni pobres pero estamos en un intermedio. La casa la tenemos alquilada y hay veces que no nos llega para comer porque tenemos que pagar tal cosa, pero sin más.” (Diego, 13 años)

Algunos reciben una paga institucional por motivos diferentes: minusvalía, orfandad, etc. En ella fundamentan sus posibilidades de autosuficiencia económica. Aún sin saber el valor y el coste de las cosas más básicas.

“S. O sea que a ti ahora te pagan la parte de tu padre, no? Y con eso ¿podrías vivir Rosa?

R. Si... Si hasta los veintitrés, creo que se vive bien

S. Hasta los veintitrés la cobras

R. Creo que sí. O hasta que trabaje ¿no? Y creo que son tres cientos euros al mes, Tres cientos ochenta.

S. Te los controlas tú o los controla la tía

R. No, no, no, los meten en una cartilla que tiene diputación, para el día de mañana que haga los diez y ocho, me dan ese dinero. Me dan la cartilla con el dinero dentro y listo.” (Rosa, 15 años)

El dinero también se puede malgastar. Algunos adolescentes consideran malgasto

cuando lo utiliza para comprar cosas innecesarias. Ya no se usa como instrumento para conseguir lo necesario y lo accesorio, sino para conseguir lo que resulta perjudicial o inútil para uno mismo. Suelen incluir en esta categoría el tabaco y el alcohol. Es importante considerar que son adolescentes y que haya uno que lo considere así, induce a pensar que otros muchos lo hacen, rompiendo la naturalidad del “todos lo hacen”, también muy extendida.

“Yo tengo gente que fuma y que bebe y que fuma porros.” (Adolfo, 14 años)

La forma de conseguir el dinero es diferente, según el entorno en el que se muevan, lo transgresores que sean y el momento del trastorno en el que se encuentren. Hay quien ahora sólo lo consigue de las fuentes habituales, los familiares y personas próximas, cuando no tienen edad para trabajar. Se han adaptado a la normalidad de respetar las normas y a las personas.

“*Mis abuelos y el hogar.*” (Adolfo, 14 años)

O cuando son más mayores, se plantean trabajar para conseguir su sustento, formándose de la manera que sea. Saben que necesitan formación, o al menos preparación y ven que no han terminado de formarse. Sus aspiraciones dinerarias son ambiciosas, como lo demuestra la siguiente afirmación.

“S. ¿Cuánto te gustaría ganar?”

L. Dos mil y pico para arriba. Tres mil

S. ¿Y eso cómo se consigue?”

L. estudiando tres carreras jaja o así. Yo para eso no valgo, yo para estudiar no valgo. Necesito...hacerme un planteamiento de algo para conseguir ese dinero sin tener que estudiar una burrada. Y lo único que he pensado, no sé, es en sacarme unos carnés. De camión ...o ...de dos ejes, tres ejes...yo creo que eso me soluciona más que...estudiando una carrera. Los camioneros trabajan mucho.” (Laurel, 18 años)

Se explicará con detalle, más abajo, cuando se hable de la búsqueda del trabajo. Pero en momentos previos, cuando son más jóvenes y aún se muestran muy confusos, todas las opciones para conseguir dinero son válidas: robar, chantajear, engañar, convencer, trapichear,

“Yo no tenía problemas de dinero. Lo conseguía de diferentes maneras, vendiendo algún objeto de casa, por ejemplo. O le pedía a mi ama, le pedía en plan como que me iban a matar, en plan diciéndole que mi vida corría peligro. Y hay veces que si, eh, que me pegaban; esta cicatriz es de eso [se señala una cicatriz en la ceja] porque no había pagado y debía dinero.”
(Cosmo, 17 años)

“Se planta unas plantas en un piso de un amigo, lo pagan con droga; o sea, el 50% para ti y te pagan por el piso. Lo que pueden sacar en droga es mucho, una planta te puede dar un kilo y un kilo son más de trescientos euros y si se la tienes semanal pues un kilo a la semana.” (Diego, 13 años)

Robar para conseguir el dinero necesario para la droga y con ello no querer estar fuera de este mundillo, en lo marginal, lo ilegal, lo malo y prohibido. O no querer salir, frente a las afirmaciones que hacen cuando reconocen la necesidad de cambiar. Es una forma de comunicarse hacia dentro y hacia fuera. Exteriormente manifiesta el deseo de salir del "mundillo de las drogas". Internamente están convencidos de no quererlo dejar, pero sí hacer algo para que quede más discreto, sin que se enteren los demás. Es una forma de mostrar la ambivalencia de la confusión de querer y no querer. El planteamiento es que si no hay drogas a qué se agarran, qué hacen. Por otro lado, está el miedo de querer dejarlo y justificarse en no poder. De esta forma la responsabilidad queda en otro plano y también el compromiso y la decisión de dejarlo.

El trapicheo lo ven más blando, porque hay alternativas de legalizarlo. Con él, les resulta todo más fácil porque lo llevan haciendo tiempo y/o porque desestiman las dificultades de la legalización, minimizan la existencia de los problemas que acarrear las drogas, las enfermedades que producen, la marginalidad que provoca.

“S. ¿Cómo puedes conseguir ganar lo que quieres?”

L. Con el trapí. Tengo un armario en casa, con cuatro plantas

S. ¿Eso te da mucha pasta, no?

L. Sí, pero también tienes que invertir. Te da pero también luego en la siguiente tienes que invertir la mitad

S. ¿Cómo es ese proceso?

L. Ese proceso es comprar el foco, comprar el balastro, comprar el reflector. Luego los tiestos, la tierra y las plantas

S. ¿Y eso cuánto cuesta?

L. Mucho dinero, no lo puedo calcular así a voz de pronto jeje. Pues entre...dos cientos y cuatrocientos

S. ¿Y qué beneficios te da?

L. Pues, 1200 cada tres meses... Con cuatro plantas. Después si metes mejores focos, mejores balastros, mejores todo, sacas mejor producción en el mismo tiempo. Y es el dinero repartido en tantos meses.” (Laurel, 18 años)

Establecen las diferencias entre la buena y la mala vida, sin calificar el trapicheo³³ como malo, no se plantean lo que moral o legalmente supone. Si hablamos de la repercusión para la salud, tenemos que contraponerla con los estimados pingües beneficios que supone la actividad. Y digo estimados, porque el hecho de ser ilegal impide en sí mismo construir indicadores estadísticos directos.

Defendido como una forma de vida con un esfuerzo limitado por la facilidad de la actividad y la inmediatez del logro económico, frente al esfuerzo del trabajo duro de un obrero. Las cantidades conseguidas a través del trapicheo facilitan la supervivencia en un momento de existencia creciente de la demanda. En forma de menudeo ilegal, moralmente está bien visto en ciertos entornos y resulta necesario para un grueso de

³³ Trapicheo: Menudeo ilegal de cannabis o cualquier otra sustancia ilegal.

población usuaria de este tipo de droga. Poco a poco se va normalizando el uso, a través del éxito del consumo.

“Tengo un amigo que tiene varias plantas en casa y a veces que he ido a su casa, yoquesé le ayudo a arreglar, a regar, a poner luces.” (Diego, 13 años)

Un negocio como otro cualquiera, en el que, como digo, la demanda existe y la oferta también se da. Mucho más provechosa al hacerlo de forma ilegal, como parte de la economía sumergida. La responsabilidad del tráfico de drogas también está aquí y tanto en quien consume como en quien produce y trapichea. Este puede ser el inicio del tráfico de drogas, empezando por pequeñas producciones, se termina en grandes plantaciones y organizaciones ilegales, con toda una infraestructura logística entramada en la legalidad social y de la sociedad.

“Veinte euros cada equis tiempo, porque igual ha quedado con compañeros en tantos bares y me decían, —oye pues ven a tal sitio— y no podía estar en tres sitios a la vez, pues coge y dice —oye dame esto y te doy un tres por ciento—. O sea, no me va a dar todo lo que ha conseguido, porque si no para qué le sirve. Porque igual de veinte euros me da un euro. Lo que tardo en ir allí, porque suelo ir andando. No está muy lejos.” (Diego, 13 años)

Lo hasta aquí expuesto queda reflejado con claridad en el discurso de los adolescentes, es la realidad en la que se mueven y con la que se encuentran. Diego lo pone de manifiesto así.

“Si la tienes flaca a malas pero si está bien cuidada su luz, su agua pues, si, si la coges floreciente, que te sale cada siete días, hombre un kilo no, pero te puede dar menos pero trescientos euros, doscientos y pico. Multiplica eso por ¿Cuántas semanas tiene un mes? Cuatro por doscientos y pico digamos trescientos, sale a mil doscientos. Por doce, por doce que

es lo que tiene el mes, al año te sale también una burrada. Tienes para el piso, para la comida, para el coche. Como sólo es legal, más o menos tener dos plantas en la misma esta, salvo el que lo tiene entre amigos y lo comparten todo. Y ahí sí que se saca dos plantas por casa algunos lo ponen hasta en casa de sus padres, de sus abuelos, en la suya. No digo tampoco que sea una vida buena, pero tampoco es mala. Se puede vivir con, sin esfuerzos. Más bien para el que no tiene nada que hacer, pues mira por lo menos consigue sobrevivir. ¿Qué tiene de malo un tío que no trabaja, que esta todo el día en casa, para luego coger un día que ha quedado conmigo (un taquito) tal, tal, tal. Oye me pasas nosé cuantos, en tal sitio a tal hora? Fun, wi, wi. Y ya está. Eso no tiene esfuerzo; yo creo que mejor que un obrero que igual cobra menos y está más horas y encima trabajando duro. Cuando el otro está ahí sentadito en el sofá, mirando la planta; una hora diaria lo que es dar luz, regar. Y no tiene más misterio.” (Diego, 13 años)

La búsqueda de trabajo es también un hito importante en la vida de cualquier joven. Sin embargo las ofertas a las que pueden atender por su preparación no les convencen; cuando las tienen y no les gustan, las rechazan con distintos argumentos. Consideran que ciertos puestos son para minusválidos, se gana poco, el esfuerzo es demasiado o simplemente, no les gusta el tipo de trabajo. Es decir, su preparación dista mucho de sus expectativas. Puede ser otra forma de quedarse fuera de la realidad.

“En estos momentos estoy rayada buscando trabajo, porque no encuentro nada.” (Mimosa, 22 años)

“S. ¿Cuáles son esos trabajos normales?”

*L. Pues... la obra, barrendero, ...limpiando portales, montando andamios...
limpiando calles con mangueras...*

S. Has intentado alguna vez buscar trabajo de esto que dices?

L. De albañil una vez... Pero no valía. Luego... otro de chatarrero; estuve un tiempo, apenas un mes y poco... Y nada más.” (Laurel, 18 años)

La conciencia de la dificultad les hace tener muchas justificaciones para no presentarse a distintas ofertas de trabajo. Es como si se estuvieran acostumbrando a vivir sin trabajar. Tienen muchas cosas que hacer durante el día y presentarse a distintas ofertas de trabajo, les impide mantener su ritmo. Sin embargo mantienen un doble mensaje con el “*no nos dan la oportunidad*” (Marina, 22 años), que les hace posicionarse como víctimas.

“Igual algún día digo —bah, salgo de fiesta—. Otro día dices tú —bah me voy de compras—. Otro día me voy a pescar. A mí me gusta pescar; pero no sé pescar, eso sí. Yo no sé pescar pero me gusta pescar.” (Mimosa, 22 años)

Algunos se lamentan de la complejidad de la actual situación crítica. Se consideran parte de una “juventud desgraciada”. Esta es una forma distinta de sufrir, ahora más compartida por el grueso social en el que se encuentran inmersos.

“Todo el mundo lo tenemos difícil ¿no? también la gente mayor; hay gente que está fija en los puestos de trabajo, pero con esto de la crisis cada vez va peor y tampoco te puedes fiar. Eres fijo igual de hace diez años, pero tampoco te puedes fiar. Mucha gente que es, pues muy veterana en los trabajos, se están encontrando pues. Y si personas que llevan muchos años trabajando se están encontrando en la calle, pues imagínate un joven, pues que no nos dan la oportunidad.” (Mimosa, 22 años)

Sin oportunidad de trabajar para poder responsabilizarse de su propio mantenimiento e independizarse, a través del sustento profesional, dadas las exigencias laborales excesivas en formación a la hora de afrontar las ofertas laborales.

“Te piden muchísima experiencia, jolin que para limpiar te pidan bachiller y graduado. Qué es eso; idiomas, chino mandarín, euskera. En el pueblo, en una casa interna, chino mandarín jaja. Se reía conmigo la del INEM. Digo

—pero qué es esto—. Dice —no sé, ahí lo han puesto—. A mí me hacía una gracia.” (Mimosa, 22 años)

O de esfuerzo físico, como lo manifiesta la siguiente cita.

“S. ¿Por qué dices que no valías para albañil?

L. Porque el esfuerzo que te requiere estar ahí 8 horas duramente trabajando, porque es duro, duro, igual aguanto tres o cuatro días, pero ya el mes entero, no lo aguanto. Sé mis límites y yo no valgo para ese empleo. Porque sé que está mi hermano, están mis dos hermanos en ese empleo y vienen muy cansados, y si vienen ellos cansados que están acostumbrados, pues claramente que no valgo.” (Laurel, 18 años)

Son jóvenes que carecen de una experiencia laboral; algunos incluso de la formación necesaria para acceder a este mercado, extremadamente competitivo en un momento de crisis económica como el actual. Se enfrentan a una realidad social compleja, en la que se está retrasando excesivamente la incorporación de la juventud a este mercado.

“Si a una persona le han echado a la calle, que lleva 20 años en su sector, pues qué va a meter a un joven que no lleva ni una hora en su trabajo.” (Mimosa, 22 años)

“He buscado trabajo de albañil una vez. Pero no valía. Luego otro de chatarrero, estuve un tiempo, apenas un mes y poco, y nada más.” (Laurel, 18 años)

A pesar de sus limitaciones formativas, se consideran preparados para optar a cualquier trabajo, pero sobre todo a un sueldo sin limitaciones. Posiblemente, el reflejo que ven en los medios de comunicación, alienta más aún su fantasía.

“Este es mi último año, hago tercero de la eso y me voy a un cip. Y luego me voy a trabajar en pastelería igual. Pero aunque, aunque no tenga curro todavía, voy a trabajar en el Eroski, como mi Tía. Pero yo no de pescatera, que huele mal. Me dice -¡te tapas la nariz!-. Si hombre que asco.” (Rosa, 15 años)

“En los trabajos normales trabajas mucho y te dan poco. Para mí eso es poco, (mil o mil doscientos euros) para la gente es... normal, pero para mí eso es poco. Mil doscientos euros a mí no me duran nada. No me duran nada sin tener gastos, imagínate teniendo gastos.” (Laurel, 18 años)

Resulta paradójico que les guste algo (generalmente mecánica a los chicos y peluquería a las chicas) y que hayan elegido otra cosa. Tal y como lo expliqué con anterioridad, se debe a las oportunidades existentes. Al instituto acuden así, sin interés y con hartazgo. Pero es la única forma de permanecer escolarizados. Sería importante que las autoridades competentes se plantearan modificar los planes de estudio y los adaptara a una formación profesional u ocupacional más práctica, más próxima a las necesidades de los adolescentes, a quienes la posibilidad de permanecer sentados para estudiar, memorizar o escuchar, les aburre hasta horrorizarles. Es precisamente lo que les hace abandonar antes de concluir.

“Sa. El mes de julio voy a trabajar cuidando a con mi primo de 6 años ahí a las colonias por el día, llevarle por la mañana, luego le iba a buscar mi tía, y darle de desayunar y vestirle.

Su. Y ¿cómo te llevas con él?

Sa Bah, me llevo bien, para una hora. Luego ya me empiezo a rayar. Porque también es peleón. Es que no me gustan. Los niños me gustan pero no más de un día ¿sabes? Luego, al de un día, me canso.” (Sabin, 17 años)

No están acostumbrados a esforzarse, ni a perseverar. No se han acostumbrado a elaborar rutinas porque no invierte el tiempo suficiente con una actividad. Se cansan de casi todo y enseguida. La desmotivados por falta de hábito les lleva a desbordarse; la

responsabilidad llega a saturarles, siempre y cuando no sea algo que realmente les gusta hacer.

“Estaría bien entrar de pinche en algún sitio. [No profundiza] Es difícil eso...” (Sabin, 17 años)

A. Yo voy a trabajar en mi silla, en una fábrica. Yo voy a hacer planos.

S. Es verdad. Me dijiste la semana pasada. ¿Entonces no vas a estar en contacto con la madera directamente?

A. hombre..., algún día sí. Pero por ahora...” (Amapola, 16 años)

Las expectativas suelen ser muy buenas, no ven las dificultades. Se fundamentan en lo que piensan en el momento presente y lo extienden al futuro más o menos inmediato. Pero suelen ser poco realistas respecto a lo que van a aguantar en la relación con los demás.

“Como voy a estar allí voy a estar con él... dos horas. Ir, vestirle y llevarle a colonias; le dejo y descanso del niño y al día siguiente vuelvo y ya está.”
(Sabin, 17 años)

Los gustos, cuando son más mayores, se encaminan hacia lo que quieren conseguir. Suele estar relacionado con su historia transgresora, como se ha podido ver en otras citas y como lo demuestra Laurel, al referirse al cultivo y venta de cannabis. En él ven una forma mejor que otra cualquiera para ganarse la vida.

“S. ¿Y de qué te gustaría trabajar?

L. De... botánica

S. Pero qué te gustaría hacer?

L. Sobre plantas..., jardinería.

S. ¿Y estás estudiando para ello?

L. No.” (Laurel, 18 años)

Hay una clara desestima de lo que supone la venta de droga, en tanto que actividad ilícita. También nos habla de la permisividad social existente al respecto de este tipo de drogas, a pesar de las repercusiones que tienen para la salud.

4.6.2.2. VERGÜENZA

Más allá del sentimiento inculcado por la sociedad y sólo posible ante los otros, la vergüenza parte del arrepentimiento. Es la vergüenza entendida como sentimiento de censura personal. Con ella se ayuda a mejorar el funcionamiento, orientándolo como sentimiento anticipador de valores con función protectora de la persona, orientándola hacia valores positivos de sí misma y hacia un crecimiento de la autoestima. Más allá de la animalidad, en un reconocimiento ético del juicio personal, surge la vergüenza. Sin embargo, las veces que tal enjuiciamiento impide mejorar, responden a una autocensura arraigada en algún sentimiento, claramente ignorado, de autorrechazo. Diferente de la irracionalidad de los “debería”, criticados por Ellis en su Terapia Racional Emotiva (TRE), apunta hacia el objetivo a conseguir y el análisis de los errores cometidos en el proceso. Más allá de este tipo de irracionalidad, la vergüenza es también una forma de madurar, a partir de la responsabilidad del autoanálisis y la autocrítica rigurosa de los planteamientos cognitivos realizados durante el transcurso conductual, más allá de rigideces y dogmatismos absolutistas⁽¹⁴⁸⁾. O de sentimientos de culpa desestimadores e inamovibles.

Esta vergüenza surge cuando se autocritican las conductas practicadas; pero la vergüenza, en tanto que sentimiento, no la nombran. Ellos verbalizan el arrepentimiento de las fechorías cometidas, como una forma de enmendarlas.

“Cosas que me arrepentía, poniendo pues que quería a mi padre, a mi madre a mis hermanas, me acuerdo que ponía algo así como —Aunque no hago caso a mis hermanas yo las quiero y ellas se pensarán que no las quiero—, y cosas así empecé a poner. Jó, ya estaba jodida, estaba

jodidísima psicológicamente. Si me ves ahí en la sala escribiendo y llorando por tomar metanfetamina.” (Mimosa, 22 años)

Reconocen que su comportamiento no ha sido el adecuado para una convivencia armoniosa y muestran un claro arrepentimiento por las consecuencias y por la experiencia disruptiva. En su autocrítica relacionan empezar el comportamiento disruptivo con el inicio de las relaciones sociales diferentes de la infancia, la inadecuación de las compañías y la elección de las mismas. Es el inicio de la imitación de algunos aspectos de la vida adulta, la relacionada con el ocio, aunque no con la responsabilidad.

“Con once que ya empecé el instituto, ya empezaba a salir por ahí, empiezo a estar con gente... que no merece la pena. Yo ahora sin más. Si te digo la verdad sin más; yo ahora estoy bien, que es lo que me importa a mí. Lo que haya pasado, el pasado, pasado está, que ya no sé puede hacer nada. Del pasado he aprendido, no sé umm..., es que un montón de cosas porque las drogas no son buenas, eso lo primero. La fiesta tampoco es buena; pegarte tampoco es bueno; robar menos. Pero de esas cosas también te tienes que dar cuenta, porque bueno, no aprendes de lo que la gente te dice.” (Valeria, 17 años)

Aprender, a partir del autoanálisis y la autocrítica, es también posible cuando determinan su falta de recursos, en un momento posterior y a partir de haberlos aprendido. Cuando se han hecho un poco más mayores o han madurado.

“[Está hablando de los compañeros de colegio que se metían con ella y a los que en principio les daba la razón de forma sumisa] No sé..., si ya no me acuerdo. Luego ya sí que pasaba de ellos. Decía... no me da la gana de estos... no me da la gana escuchar a estos... por tonterías, que no les voy a concederles el... gusto de... hacerme más daño. Entonces, y... me piraba y me iba con mis amigos.” (Margarita, 13 años)

“Ahora me acuerdo de la rebeldía que tenía, y joer, es que me da hasta vergüenza y todo, jeje. Por ejemplo, igual que reaccionaban igual que hacía yo eh? y digo —joer, menudos flipados—. Y vas por el metro y les oye —buah, noséqué, nosécuántos, ahhh, noséqué—jeje.” (Mimosa, 22 años)

En muchas ocasiones los adolescentes deforman el recuerdo, incluso de forma inmediata, de su falta de recursos; sobre todo cuando se refieren a las relaciones de sumisión a otros que confronta su independencia con sus padres, demostrada más arriba. Con esto no se consigue aprender ni mejorar la autoestima, porque de nuevo se está evitando “ver la realidad”. Lo que van relatando, no es la reproducción de los hechos, sino más bien una actualización protectora del recuerdo. El tiempo y las ocasiones que tengan de aprender, determinará que lo hagan o no. Al asumir el recuerdo se pone en marcha el autoanálisis necesario para tener información propia, de una forma adecuada.

Una forma de protegerse del sufrimiento que supone recordar algo que les produce vergüenza o malestar es *asumirlo* para confrontarlo a través del autoanálisis y la autocrítica, mejorar la autoestima y poder aprender con y de ellos. Aunque a veces se refugian en la necesidad de olvidarlo cuanto antes.

“Al hablar del hospital como su segunda casa, se ríe recordando las aventuras que ha pasado allí. Cuando recuerda experiencias de borracheras, se avergüenza y se ríe con nerviosismo. Insiste en no querer recordar el pasado porque no se puede cambiar.” (Valeria, 17 años.
Observación durante la entrevista)

Con la vergüenza, tal como he expuesto, aparece el arrepentimiento. A veces, tiene forma de sentimiento de culpabilidad, una vez ha desaparecido la disrupción. Y tales sentimientos podrían ser sus secuelas. Se lamentan de no haber atendido las indicaciones de los adultos, de ir mal en los estudios, de lo doloroso que ha resultado el aprendizaje.

“Con once que ya empecé el instituto, ya empezaba a salir por ahí, empiezo

a estar con gente, que no merece la pena. Yo ahora sin más. Si te digo la verdad sin más. Yo ahora estoy bien que es lo que me importa. A mí lo que haya pasado, el pasado, pasado está, que ya no sé puede hacer nada. Del pasado he aprendido, no sé umm..., es que un montón de cosas porque las drogas no son buenas, eso lo primero. La fiesta tampoco es buena; pegarte tampoco es bueno; robar menos. Pero de esas cosas también te tienes que dar cuenta, porque bueno, no aprendes de lo que la gente te dice.” (Valeria, 17 años)

4.6.2.3. PROCESO DE CAMBIO

La evolución del cambio inicia desde el absoluto desconocimiento de la existencia de un problema. Se alarga hasta la implantación del cambio como bagaje en su forma de hacer. Se convierte entonces, en actitud personal y conducta a partir de un aprendizaje por la experiencia, con muchos referentes pero sin referencias de quien ellos quieren. Empiezan el proceso de cambio dándose cuenta de **la necesidad de cambiar**.

La necesidad de cambiar parte del proceso de concienciación. Se han dado cuenta del camino sin salida que es experimentar “*la intensidad de la vida*”. Se da en un momento distinto de madurez, cuando ha intentado buscar lo que añoran por vías improductivas y han hallado la imposibilidad de rellenar el vacío por tales vías.

“Estoy muy concienciado y el psiquiatra mismo me lo ha dicho que estoy demasiado concienciado para tener 17 años. Pero es que es lo bueno.”
(Cosmo, 17 años)

La concienciación durante el ingreso hospitalario es un proceso más o menos sencillo que explicaré, al que se llega en unos cuantos días. Es mayor cuanto más largo es el ingreso. En el hospital están aislados de su entorno y de su rutina habitual. Están entre adultos y sólo tienen contacto con siete adolescentes más cuando está la unidad completa. Las posibles influencias están muy mediatizadas por el pensamiento adulto.

Además, su discurso es continuamente confrontado por profesionales, buscando estrategias alternativas y aportando recursos conductuales.

“Y lo pagaré porque yo estoy concienciado de que tengo que pagarlo. La lle, sabes. Encima si hubiera querido el pavo me hubiese puesto más multa, por la velocidad. Sólo me puso multa por conducir sin carné y sin la edad.”
(Cosmo, 17 años)

Es habitual ante las confrontaciones, la demostración progresiva del enfado para justificarse y mantenerse en su postura, surgiendo la rabia y la frustración de no poder escapar o hacer aquello a lo que están acostumbrados. A medida que se van concienciando más de su problemática también les he observado expresar su deseo de abandonar todo lo negativo de su pasado, olvidarlo y evitar así el sufrimiento. Más aún cuando se acerca algún acontecimiento que les recordará alguna “aventura” pasada.

“Aunque ahora me arrepiento mucho de lo que pasó y tal. Y ahora tengo el juicio y todo. Y llega un momento en que te arrepientes pero entonces.”
(Valeria, 17 años)

Durante el ingreso hospitalario hay un trabajo de motivación y convencimiento emocional importante, largo y a veces arduo por la poca conciencia de la problemática con la que ingresan. Además, van diciendo lo que es políticamente correcto, fundamentado en los mensajes transmitidos por parte de sus padres y del equipo sobre la necesidad de cambio. Pero sin demasiado convencimiento aún por parte de los adolescentes. En este entorno protegido, el cambio en sus conductas es rápido. Lo complejo es la vuelta a su entorno habitual, porque el problema no ha empezado cuando se hace el ingreso; y tampoco finaliza allí toda la problemática de comunicación, convivencia y relación. La concienciación requiere un poco más de tiempo.

Por otro lado, al concienciarse de la necesidad de cambiar, también suelen darse cuenta del apoyo que, a veces y sólo algunos, reciben de su familia, modificándose igualmente la relación con ellos y su actitud.

“S. ¿En qué has cambiado?”

C. Pues por ejemplo, antes me daba pereza ir al instituto... pero ahora me he dado cuenta de que yo voy a ir, porque yo quiero...quiero sacar y que me tiene que dar igual lo que me digan los demás. Y he empezado a ser más responsable y todo

S. ¿Y qué te ha ayudado a esa mayor responsabilidad, a darte cuenta que quieres ir al instituto?”

C. Pues que me he dado cuenta que cuando he pasado mal y no se lo he contado a nadie todo el mundo ha estado mal y que, cuando se han enterado pues me han intentado ayudar como han podido.” (Camelia, 16 años)

“Jacinto cambia su actitud, mostrándose más activo, a partir de la información dada por sus padres sobre la aceptación en el CIP que él quería. Y cuando se va de alta está convencido de no volver a consumir porros.” (Jacinto, 16 años Observación participante)

Recurren a los amigos cuando ven que ellos solos no van a poder cambiar, por ejemplo el consumo de cannabis. Con ellos se refuerzan y en ellos se apoyan para conseguir mayor asertividad y fuerza para decir no, por ejemplo. La asertividad es un déficit que he visto en todos los adolescentes con TC.

“S. Pero ¿tienes claro que vas a dejar de consumir?”

J. Sí, si no es de una forma..., es de la otra. Si no puedo hacerlo yo, pues con ayuda. (...)La ayuda de los amigos es porque son muchos ¿no? Y si viene alguno a ofrecer..., o eso, y me está insistiendo..., pues algún amigo le dice que me deje en paz. Y si, por lo que sea me ven, pues me cuidan, me dicen que no fume y tal, cual. Y si no me ven, me estoy perjudicando a mí mismo. A la gente que vende se les ha dicho que a mí no. Y yo no voy a hacer nada, de trapi ni eso. Porque sé que voy a poder dejarlo...” (Jacinto, 16 años)

Una de las críticas que hacen es la relacionada con los enfados, o lo que anteriormente he denominado “días adolescentes”. Esta emoción, provocada y reforzada por todo su pasar mal, es otro reflejo del sufrimiento.

“A nadie le gusta estar enfadado, creo yo vamos; yo por mi experiencia.”

(Diego, 13 años)

En este momento empiezan a ver la vida como un proceso de aprendizaje, en el que la oportunidad de aprender requiere decidir.

“A todo el mundo le pasan cosas. Algunas cosas peores y otras no tan malas.” (Mimosa, 22 años)

“Yo ya no hago nada de eso. Nada, nada. Ni lo he hecho, ni lo volveré a hacer. Porque no lleva a ningún lado eso.” (Laurel, 18 años)

En este apartado hemos visto como los adolescentes van viendo la necesidad de cambiar a partir de hacerse conscientes de la existencia de un problema, de lo enfadados que están con el mundo. Y cómo han ido introduciendo cambios, modificando su comportamiento y criticando el previo. Ya existe una clara y radical **diferencia con la rebeldía o las conductas disruptivas anteriores**, reactivas al sufrimiento.

“Sa. Quiero ver... qué, cómo se vive así sin los porros, y no sé. No voy a volver a fumar como antes. Como antes no voy a volver a fumar nunca ¿sabes?”

Su. ¿Cómo te ven tus padres en casa ahora?”

Sa. Bien, mejor.” (Sabin, 17 años)

“Yo creo que... lo que era necesario, yo creo que ya lo he cumplido, que yo volviera a ir al instituto, sin ningún problema, nitalnicual nicual. Es que no

me acuerdo mucho de lo que me dijeron, pero lo que me dijeron es que si seguía yendo al instituto, que iba a casa. Yo creo que eso ya lo he cumplido, porque por mi parte, he hecho un esfuerzo terrible. El tener que desplazarme desde aquí hasta el instituto, y del instituto hasta aquí. Que normalmente, hubiera hecho pira, no te lo niego, pero...” (Margarita, 13 años)

Incluso fantasean con lo que podrían hacer si tuvieran, nuevamente otra oportunidad.

“Joder, mira, si volvería a nacer mira estudiaría, lo primero, sería una niña, pues más obediente con mi madre, cosa que nunca he sido. Y no me hubiese drogado para nada.” (Mimosa, 22 años)

Algunos ven con claridad su vida dividida y establecen los hitos importantes que se han dado en ella y la han marcado.

“Yo tengo doble vida porque la verdad que yo, la primera no la quiero, pues ha sido un poco mala, la verdad. Luego la segunda ha estado mucho mejor. El primer momento cuando era pequeña; el segundo ahora estoy superando lo de mi padre. Todavía, como te he dicho antes, todavía no me lo creo.” (Rosa, 15 años)

Respecto a **lo** que resulta **necesario para cambiar**, los adolescentes lo tienen claro. Pensar antes que actuar, es el requisito unánimemente visto, para poder controlar la impulsividad y ver las posibilidades que pueden pasar antes que ocurran. Pero también son necesarias otras condiciones. Éstas las han descubierto en sus vivencias.

1ª.- *Cambiar de ambiente*, en el que la disponibilidad de distintas sustancias tóxicas (alcohol, cannabis, otras drogas) van a teñir las relaciones, los hábitos y las dificultades.

“Ahora voy a cambiar de ambiente.” (Cosmo, 17 años)

2ª.- *Dejar las compañías peligrosas.* Cuando se habla de las malas influencias, se emite un mensaje poco asertivo, en el que la fuerza es de los otros. Sin embargo, las amistades también se buscan por características que llaman la atención y atraen.

“Yo no. Yo como subía antes a Barambio, ya no subo. Ya está. Ahí he dejado a toda la gente.” (Valeria, 17 años)

3ª.- *Convencerse para dejar las drogas y el trapicheo.* Para poder cambiar es necesario tener un convencimiento de quererlo hacer, difícil de lograr cuando se encuentran justificaciones en contra del cambio.

“Mucha gente dice, —yo no puedo dejarlo porque llevo mucho tiempo con ello—. Tú no lo puedes dejar porque no quieres; no es que no puedes, es que no quieres sinceramente. Porque yo, un día yo también decía no puedo, no puedo. No puedes porque si tú quieres y tú dejas de meterte, aguantas y te quitas de las compañías y todo. Claro que puedes.” (Valeria, 17 años)

Estos tres condicionantes, posibilitan y facilitan el cuarto, y con todo ello, hacer nuevas amistades, insistir en lo distinto, en tanto que más sano para ayudarse a mantenerse en la decisión de dejar el consumo.

4ª.- *Fuerza de voluntad,* en tanto que impulso para fijarse un objetivo y enfrentarse a las dificultades para conseguirlo.

“Pues fuerza de voluntad lo primero. Por ejemplo yo qué no hacía muchas veces; y lo que necesitas es fuerza de voluntad.” (Valeria, 17 años)

5ª.- *Traspasar lo conocido*. Salir de la rutina cotidiana, hacer cosas distintas para poder buscar y encontrar amistades que proporcionan un buen trato, amable y cordial.

“Aparte de que yo he estado con más chicos y me he dado cuenta que es el primero que me ha tratado tan bien.” (Valeria, 17 años)

Supone buscar amistades con las que no sea necesario pegarse para defenderse o para hacerse respetar. Esta realidad plantea un cambio en las interacciones establecidas, encaminadas hacia el respeto y autorespeto.

“Se la devolví, me volvió a dar y le solté un sopapo, pero porque yo no me voy a dejar pegar, vamos, ¡le meto un chiflo que vamos! ¡Lo tengo más que claro ya! Me da un tortazo y me da igual que sea chico, yo se lo voy a devolver porque no le da derecho a darme un tortazo. Nada, nada, ni nadie tiene derecho dar un tortazo. Tú me has dado, pum, te doy yo porque porque quien da recibe.” (Valeria, 17 años)

6ª.- *“Quererte un poco”*, hace referencia a la reflexión sobre la autoestima, con la que se encuentra la fuerza necesaria para conseguir muchos objetivos.

“Quererte un poco, si te quieres un poco, te tendrás que cuidar no sé. Hombre, si dices que te quieres y estas drogada y estas ahí. Alguien que se droga no se quiere porque si te quieres no estás hecha una mierda no? Yo creo, no sé. Es mi opinión. No, es verdad una persona que se está drogando es que no, no está. No está bien.” (Valeria, 17 años)

7ª.- *Reconocer-se abiertamente el miedo*. Supone una vista hacia delante, las expectativas de lo que pueda ocurrir en el futuro más inmediato. Supone enfrentarse a lo desconocido, la posibilidad de utilizar lo que se conoce y recurrir nuevamente a las tretas para conseguir las cosas.

“Y a mi ahí me da mucho miedo porque no sé con qué estilo de gente me voy a encontrar. No sé qué me voy a encontrar; me voy a encontrar borrokas, con gente de otro estilo diferente al mío, otro estilo de música, otro estilo de vida. Conmigo no van a poder, porque ya te he dicho que he andado con gente de bmw M3. O sea hago dos llamadas y ya está. Y por eso me da miedo porque yo no quiero enfrentamientos ya. Y me da miedo que reacciones va a haber entre la gente. Y encima vivo a dos pasos de ese instituto. No quiero seguir. ” (Cosmo, 17 años)

Los prejuicios, las expectativas, el obligado cambio, ahondan su debilidad y, en definitiva, el miedo a enfrentarse a situaciones desconocidas. Las amenazas les mantienen en su autoimagen de diferente, grande, mejor o más malo que los demás. Esta es su defensa. Es posible que esta imagen se la transmitan sus propios compañeros, a partir de los enfrentamientos, de tenerse que defender, de estar obligados a mostrarse “como los demás”, en su mismo nivel, cuando desconocen cuál es ese nivel. Pero también supone la mirada hacia lo vivido, recordando los comportamientos y las fechorías cometidas.

“Yo he visto a pavos meterse chutes de heroína y eso es lo que me ha dejado impresionado a mí a veces, sabes. Que cuando le ves eso decir, —¡Pero qué cojones estoy haciendo con mi puta vida! ¡Me estoy metiendo en un mundo que es mogollón de extraño y es que no voy a Salir!—. ”
(Cosmo, 17 años)

Finalmente está **la decisión de cambiar**. Aunque resulta complejo porque supone romper con muchas cosas, lo ven como imprescindible. En esta decisión, los más mayores, valoran la edad como un impedimento, porque *“son unos niñatos que funcionan a su antojo”* (Laurel, 18 años). Esta forma de funcionar, marca un claro “desconocimiento de lo que es la vida”. Con él se pone de manifiesto que lo pasado no importa. Sin embargo, aunque parece que esto es así, el cambio que se da en ellos pone de manifiesto la importancia de lo que han aprendido con la experiencia pasada. En definitiva, es lo que hace madurar.

“Pero en esos momentos, pues vas a tu bola y es que no sabes lo que es la vida. (...) Al final la madurez te entra, cuando te vas dando cuenta de cómo es la vida.” (Mimosa, 22 años)

“Antes me gustaba mucho la fiesta y ahora ya casi ni salgo pero porque ya tengo una pareja estable ¿sabes? Ya llevo siete meses para hacer ocho con el y casi ni salimos lo pasamos los fines de semana dando un paseo estando en casa, vemos una peli. Mi padre y la novia es que flipan porque como antes yo iba viernes, sábado, domingo de fiesta y si caía el jueves también. Y ahora ya no voy ni el sábado. Y el viernes bueno, ya a partir de las diez me quedo ahí; siempre cuando llegan las diez o cerca de las diez ya estoy medio dormida.” (Valeria, 17 años)

Incluso atraviesan el momento de pensar que los tóxicos son la forma de estar mejor, de no pensar o de tranquilizarse. Mimosa lo explica muy bien en la siguiente cita.

“[Ese momento es el de] No asumir la realidad, estar, pues en otro mundo. Lo que es peor, porque aunque estés en otro mundo, aunque te hayas drogando y todo eso, te sigues acordando de tu realidad, y es peor. Y encima estás drogada y te buscas más, y te da un chungazo, pero bueno.”
(Mimosa, 22 años)

La posibilidad de huir o esconderse del pensamiento no es posible; para algunos ni tan siquiera cargados de drogas.

En la decisión de cambiar entran mucho en juego los miedos, referidos a las expectativas de la mala vida reflejada por las personas de su alrededor. Son los argumentos utilizados para estimular y ayudar en la decisión de cambiar.

“Tendré unos amigos que se pasarán la vida en la cárcel, morirán por intoxicación o por cualquier cosa. Y espero ser listo y mientras ellos están así, yo estoy en mi casa con mi mujer viendo la tele.” (Diego, 13 años)

Se plantea aquí un momento decisivo, mantenerse en el infantilismo o avanzar hacia la madurez personal. Podría decirse que el cambio es un duelo por lo perdido y un avance por lo que pueden ganar. Tranquilidad, madurez, normalización de su vida. Pero este es también un proceso que se dará de forma paulatina.

“El cambio es ... responsabilidad, exacto.” (Amapola, 16 años)

Piensan mucho en su futuro más inmediato. Para los más pequeños es estudiar o formarse, aunque les cueste. Los más mayores suelen dudar entre buscar trabajo o ir a la universidad. Son las decisiones que se hacen durante la adolescencia.

“No se eso todavía. A ver, lo he pensado alguna vez pero no; tantas cosas he pensado que no se cual; o sea por una parte, me gustaría sacar ya el graduado escolar, [otras veces quiero ser] pues así como psicólogo o monitor o educador. [Para] todas las que quiero hacer, tengo que pasar por [la universidad].” (Adolfo, 14 años)

Se ven mayores y jóvenes a la vez. Mayores y maduros, cuando piensan en el futuro, en el esfuerzo y en un buen plan de vida. Y se siente joven e inmaduro cuando piensan en lo dependientes que son, en lo que cambian de forma de pensar, en su inconsistencia.

“No pienso que soy mayor pero, en parte si algo; si en parte si pienso mas en lo que quiero hacer de mayor aunque luego piense y haga otra cosa, sabes?” (Adolfo, 14 años)

“S. ¿en qué te gustaría trabajar?”

A. Haciendo planos.” (Amapola, 16 años)

“Me gustaría eso tener un empleo que me dedique, yo que sé, parte de noche, y parte de la mañana, y tener a partir de la hora de comer pa’arriba libre, para hacer mis cosas. Tener un trabajo y tener eso. Para poder sobrevivir y que no, que no me falte el dinero. Tampoco que me sobre, pero que no me falte.” (Laurel, 18 años)

“S. ¿Y tú qué vida quieres?

C. Yo una sin agobios

S. El agobio parece que no te gusta ¿no?

C. No. Y el reloj pegado todo el día, no. Yo soy muy tranquila y no me gusta estar corriendo todo el rato. Me gusta la gente puntual que se planifique todo bien y no un día antes, ni nada.” (Camelia, 16 años)

Como se he planteado anteriormente, tras un tiempo de haber tomado la decisión de cambiar y una vez el cambio se ha establecido, empiezan a verse alejados del mundo anterior y además lo critican.

“Esto creo que es, es el único pensamiento de futuro que tengo claro yo veo que estoy en el presente y quiero quitarme. Por qué? Porque en el futuro igual [es malo]; igual no, seguro que sí. Y por eso quiero intentarlo. Eso lo estoy viendo como un mérito eso de quitarme de ahí.” (Diego, 13 años)

Van a ir aprendiendo de los contrastes y con ello, aprenden a controlar su entorno, tanto como a profundizar en las explicaciones. En otro momento, la tendencia era hacia la simplificación. A partir de ahora los matices y sutilezas serán también importantes.

“Yo ahora me controlo. Sí. Yo ahora, hay veces que igual llegaba un límite y que dicen algo que me sienta muy, muy mal y que..., puf. Ahí sí que salto pero, salto con palabras. Pues igual con mi hermano que me llama camionero cuando llego. Y yo le digo, —tú cállate que tienes un problema y

no lo quieres aceptar, gilipollas, nosequé—. —Bah, bah, bah camionera, camionera—. —Mira, mi voz me gusta más que la tuya, gilipollas—. Y empezamos así. —Que no me ralles— Empezamos así, nada. Y luego ya le digo, —me voy para no discutir más—. Si no acabamos, ...” (Valeria, 17 años)

Te gusta por ejemplo qué es el oficio, lo que tienes que hacer y todo esto. Pero por otra parte, te da pena. O sea, piensas ¿y este animal? Y... es que animales somos todos, seres humanos y seres animales. Somos todos animales. O sea, que para llegar ahí ha tenido que morirse, que si el sacrificio, separarle de la madre y todo, que aunque no lo digan con palabras pues, también sufren; muchas veces igual no hay que decir con palabras. Yo también igual de sentir algo, pero no decir nada.” (Mimosa, 22 años)

El cambio se dará a todos los niveles, son más sensibles y selectivos con sus amistades, como ya se ha visto. Sus intereses han cambiado por otros mucho más tranquilos y más adaptados. Ahora sus llamadas de atención son de una forma más adecuada y adaptada.

“Ahora estoy más contenta si porque ya no ando toda drogis por ahí ni nada ni ando por ahí fugándome ni nada sabes.” (Valeria, 17 años)

“También me gusta la fiesta. Últimamente me da por salir así, pero en seguida me agobio. A mí me gusta salir de fiesta pero en plan de jó, estás ahí escuchando música, pero para de contar ¿eh?” (Mimosa, 22 años)

Su entorno más inmediato les refleja el cambio realizado y se muestran más orgullosos y contentos con sus decisiones. Incluso, se muestran contentos con su vida.

“A mí me han ingresado, yo por mi, fumaría ¿sabes?, ahora fumaría. Pero esto son cosas que no. No te digo que dentro de unos años, cuando tenga todo más claro y eso; no sé no sé.” (Sabin, 17 años)

“He conseguido encontrar mi estabilidad, por así decirlo... Sé mis objetivos...y sé lo que puedo llegar a conseguir, y lo que no. Y lo que me gusta y lo que no.” (Laurel, 18 años)

“Ahora no, ni loca (ja ja); sólo fumo tabaco, una fumadora empedernida (jaja)” (Marina)

Relatando la propia experiencia pueden cerrar el círculo y conjurar la afirmación con la que iniciábamos este tema: llenar de palabras **“Pasar mal”** para poder encontrar-se, explicar-se y entender-se su significado.

La representación gráfica queda representada en la figura 7, expuesta abajo, recoge también las subcategorías que completan Suavizar el sufrimiento, así como las relaciones existentes para facilitarlo.

Figura 7. Suavizar el sufrimiento



CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. INTRODUCCIÓN

El sufrimiento del adolescente con trastorno de conducta es un proceso evolutivo de una infancia compleja. Queda representado en “Pasar mal”, resumen, imagen y significado de lo que para ellos ha sido su vida.

Recuerdan y se quejan de una infancia ausente, marcada por la renuncia de sus padres a compartir la presencia que acompaña. Una infancia llena de ausencias, con desatención y añoranza hasta provocar una paradójica soledad, a veces acompañada. De esta forma se hacen vulnerables y aprenden la impotencia, para convertirse en sumisos al abuso. A medida que crecen, en cuerpo y conocimientos, necesitan salir rápidamente de la infancia para defenderse por sí mismos y poderse autoafirmar en un momento que se sienten prisioneros en su edad.

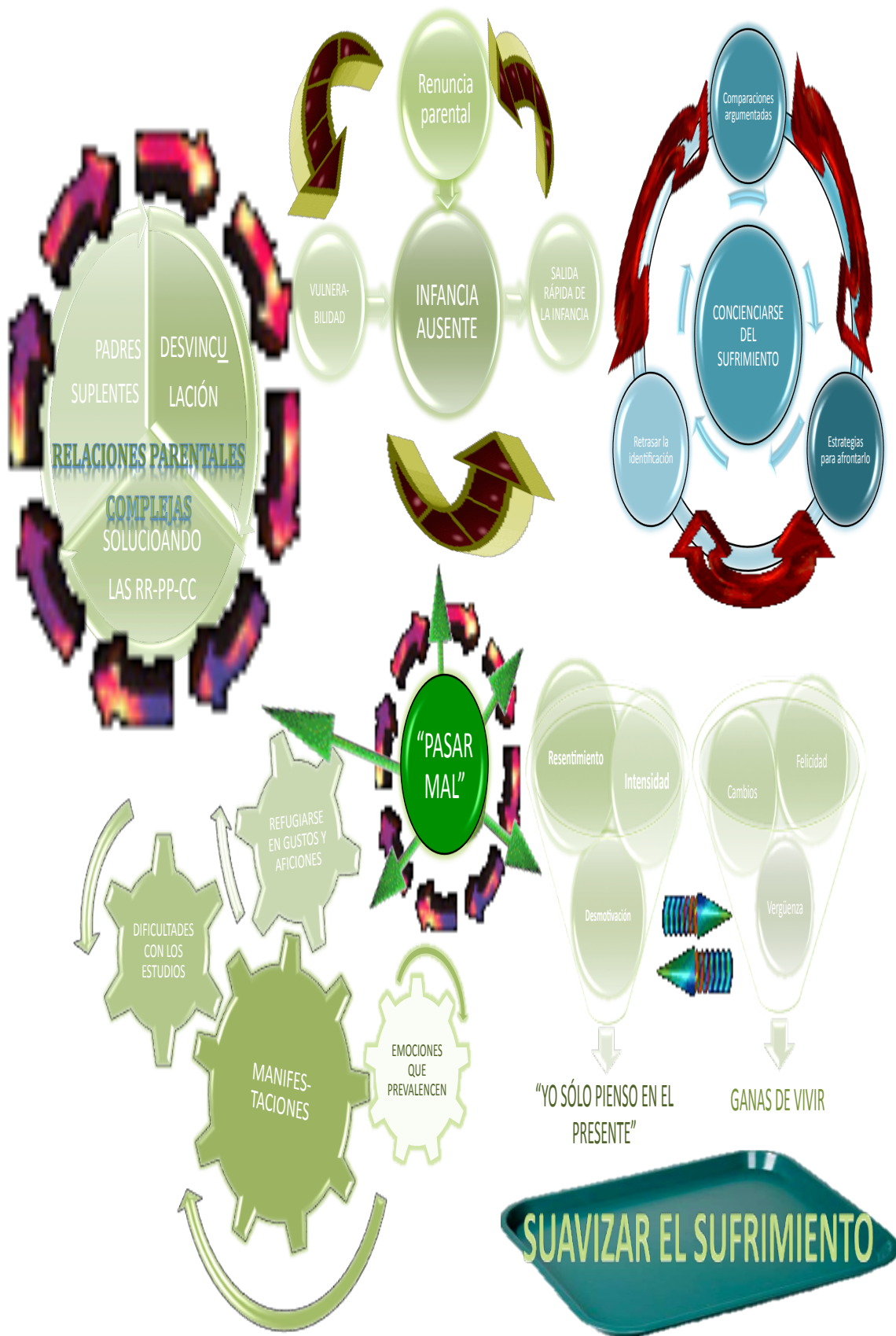
La relación con sus padres resulta compleja. A veces por la inexistencia de contacto; en otras ocasiones por un contacto un tanto ‘desconectado’. De cualquier forma, necesitan unos padres suplentes que sirvan de referencia afectiva. Suelen ser los abuelos y, con ellos, se rompen muchas de sus ilusiones. Así orientados, apuntan e inician el proceso de desvinculación familiar, centrándose en sí mismos y focalizándose en los amigos. Hay un alejamiento real y progresivo que servirá para ir solucionando las relaciones parentales complejas. Reconocerán factores y elementos necesarios para poder aproximar posturas con su entorno más inmediato. En este vaivén de conflictos, enfrentamientos rebeldes y retos, el sufrimiento se manifiesta de distintas formas. Contarán con una serie de emociones, las más habituales, las más prevalentes, las que orientan hacia actividades que les alivian. Estas les empujan a tener dificultades con los estudios y, a partir de ellas, les hace buscar refugio en sus gustos y sus aficiones.

Van retrasando de esta manera el momento de llegar a enfrentarse abiertamente al sufrimiento, pero todo esto ayudará en el proceso de concienciación del mismo. Lo hacen a través de las comparaciones argumentadas con las observaciones de su entorno más amplio, amigos, compañeros y otros adolescentes. Pero llegar a darse cuenta de

esta realidad, supone una época de pasarlo mal e intentan retrasar la identificación en un proceso paradójico. Es decir, intentando evitar el sufrimiento, se meten en un mayor sufrimiento. El retraso por tanto, no lo apacigua y lo hace mayor. Utilizan entonces diferentes estrategias de afrontamientos, con las que consiguen llegar a suavizar su sufrimiento. Vivir el momento presente para poderlo afrontar, buscándole sentido. Paradójicamente a lo que dicen, utilizan la experiencia del pasado para poder enfrentarse progresivamente a su realidad, pero sin anticipar preocupaciones. No quieren repetir su pasado y tampoco que éste repercuta en el futuro.

Expresan sus ganas de vivir a través de la búsqueda de alternativas para alcanzar la felicidad, como argumento contrario al sufrimiento. Utilizan la vergüenza como resultado, y a la vez impulsora, del autoanálisis y la autocríticas. Ambas son necesarias para avanzar en un proceso de cambio paulatino que les lleva a madurar, llenando de palabras, símbolos y significados su proceso de “Pasar mal”. De esta forma cierran su círculo, tal como lo ampliamos a continuación.

Figura 9. “Pasar mal”. Categoría central de la investigación



5.2. “PASAR MAL”

Resulta fácil, a la luz de los relatos expuestos afirmar cómo la sobreprotección, la desatención y la añoranza, se imbrica con el sufrimiento para dar paso al TC entendido como forma de expresar el malestar de la vulnerabilidad y de conjurar el “Pasar mal”. Parece pues que el sufrimiento es el antecedente que orienta hacia la conducta que manifiestan estos adolescentes. En este sentido Schenetti en su investigación sobre el sufrimiento cotidiano de los niños, observa algo similar a lo que han demostrado los adolescentes de nuestra investigación. Lo expresan en forma de rebeldía, como oposicionismo o negativismo, en una defensa ante sus debilidades internas⁽¹²⁰⁾. En este sentido apunta cómo muchas formas de ‘sufrimiento menor’ están causadas por un déficit de comunicación dentro de la familia y en el entorno social inmediato y amplio. Los niños desconocen en palabras, y a veces no aprenden a expresar, las emociones; incluso a veces consideran inútil expresarlas, sobre todo en contextos donde no se sienten escuchados ni comprendidos, aunque pueda parecer una paradoja. Algunos de los relatos han refrendado esta afirmación.

Los resultados expuestos en el capítulo anterior, dejan ver las categorías emergidas durante el proceso de análisis de los datos y sus relaciones para llegar a descubrir la categoría central “Pasar mal”. Esta categoría surge de un código in vivo, identificado a lo largo de las entrevistas como elemento común a todos los adolescentes. Es el elemento que da significado al sufrimiento y, cuando lo reconocen, el que les ayuda a madurar en su proceso de evolución vital y desarrollo personal. En este proceso aprenden que son distintos, más vulnerables, con más exigencias por tanto a la hora de afrontar distintas situaciones. Antes que otros, desde su más tierna infancia, se enfrentan a solucionar problemas y a tomar decisiones. Antes que otros identifican sentimientos de separación, de rechazo y aprenden a conjugar sus reacciones emocionales con su pensamiento.

A partir de la categoría central se desarrolla una teoría sustantiva con la pretensión de explicar la vivencia de los adolescentes; en concreto el sufrimiento de los adolescentes

con TC, cómo lo entienden ellos y de qué forma lo explican para llegar a desarrollar un TC. A partir de los datos, es posible afirmar que hay responsabilidad en el sufrimiento para que se produzca el trastorno. Ciertamente hay muchos más factores, tal y como lo ha destacado la revisión bibliográfica, pero éste no estaba explorado. Muchos autores afirman la existencia de sufrimiento como desencadenante de trastornos o enfermedades mentales. Sin embargo, sólo se ha encontrado un artículo que intenta ponerlo de manifiesto en estos adolescentes con trastorno de conducta. Se trata de una investigación venezolana⁽⁶⁾. En ella los relatos aportados por los adolescentes apuntan características similares a las que se han planteado en el presente estudio. Es más, subrayamos la presencia del sufrimiento manifestado en el diario de uno de los participantes, cuando refiere “*siempre soñé libertad pero no tanto*”^(6. P. 124). Nos habla de la desorientación en la que se encuentra así como de la necesidad de agarrarse a alguien como guía de vida. Estos psiquiatras observan el sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de TC como “*Una compensación a las vivencias de debilidad o impotencia, evasión del mundo afectivo y disminución de sus sufrimientos*”^(6. P. 124). Se apunta también, cómo los adolescentes utilizan estrategias inadecuadas para acabar con su soledad, con todo su “Pasar mal”, mostrándose tramposos o seductores tal y como lo han demostrado también nuestros adolescentes.

¿Qué es el sufrimiento para los adolescentes diagnosticados de TC? Parece que el sufrimiento es pasarlo mal como consecuencia de esta experiencia ocurrida durante los primeros años de vida. Inicios de la vida gobernado por las ausencias del abandono, real o así recordado por los adolescentes, generándose la sensación de soledad, desatención y añoranza en la que están sumidos. Se han acostumbrado desde muy pequeños “*a estar solos jugando con sus juguetes*”, se han convertido en auténticos supervivientes, se han acostumbrado a “*buscarse la vida*”, se han acostumbrado a decidir solos y a ser, aparentemente autosuficientes.

Nada más lejos de la realidad, precisamente porque esta autosuficiencia está llena de carencias y añoranzas. Las hay por la ausencia de personas, de orientación, de recuerdos, supervisión, dedicación; es una añoranza de tiempo, entendido como una etapa de la vida. Pero también como esfuerzo y dedicación de las personas de su entorno más próximo. La añoranza se establece en un momento emocional gobernado

por la impotencia, la frustración por el abandono de sus padres y la sensación de minusvalía. Requieren la ayuda y supervisión de los adultos, aunque no la tienen, porque no han aprendido a ser suficientemente autónomos. Las formas de expresar su autosuficiencia es a través de dos estrategias sucesivas:

- A. A través de la huida, en un intento de escaparse de afrontar las situaciones en las que se pasa mal. Esta forma de afrontamiento tiene variantes, que van desde el consumo de sustancias ilegales u otras, hasta la evitación de situaciones que les provocan malestar.
- B. A través de la lucha, imponiendo la agresividad en todas sus vertientes (engaños, trampas, robos, ... falta de respeto hacia los demás) a partir de la reactividad emocional que lleva a interpretar las intenciones ajenas en el sentido de la provocación.

Esto es así precisamente porque la autosuficiencia de estos adolescentes no está en la línea de lo planteado por Bandura⁽¹³⁸⁾ como autoeficacia, encaminada a conseguir un aumento de los logros humanos y el bienestar personal entendido como menos sufrimiento, ansiedad y depresión; y que aporta un alto nivel de seguridad en la capacidad para afrontar tareas difíciles como retos a dominar, más que como amenazas a evitar. Los indicadores fisiológicos de la eficacia son útiles para desempeñar un papel especialmente influyente sobre la salud. Habitualmente, la autosuficiencia del adolescente con TC está en otra línea, en la de no ver sus propias dificultades como medida defensiva ante el sufrimiento en que se encuentran. De esta forma resisten para seguir adelante.

Las narrativas de los adolescentes ponen en tela de juicio las relaciones parentales, tanto como las relaciones con los profesionales, de cualquier disciplina, cuando se relacionan con su vida intentando ayudarles. Son los momentos de complejidad en las relaciones parentales, pero también en las relaciones escolares. En sus críticas existen argumentos útiles para la mejora de la práctica de estos profesionales, tanto como para la mejora de los padres.

Se empieza a explicar el concepto de Renuncia Parental expuesta, a la luz de la realidad social actual, aquella en la que nos movemos. Trato de analizar factores y ver los efectos que se producen en su conjugación sin intención coercitiva. En este sentido coincido con la idea que el hijo es una interpretación cambiante según la realidad social, política, económica, cultural y religiosa^(126, 129, 130, 149-152). Con estos influjos se elabora el planteamiento de vida personal y familiar, así como el sistema de valores en que se sustenta.

Es importante considerar cómo la realidad social aporta múltiples modelos de familias, múltiples modelos de parentalidad, aunque hay un reclamo sobre los modelos familiares tradicionales como los mejores o los más estructuradores del psiquismo del niño. Pero las distintas estructuras familiares, más allá de ser un concepto moderno, es un concepto desconocido. Existen diferentes composiciones familiares en distintas partes del mundo aunque en otras localizaciones sean desconocidas. La forma de estructurarse y organizarse el niño depende de la capacidad de los adultos para organizar la nueva estructura como una estructura contenedora con sentido y sensibilidad, que resulte adecuada para el desarrollo de los niños. Así, han existido, y existen, familias estructuralmente tradicionales en las que la violencia, el desinterés o el abandono de los niños por parte del padre o de la madre ha sido una realidad. Parece que dejan de verse muchas más cosas. Es la defensa de un modelo utópico pero realmente inexistente en muchas familias y en distintos lugares⁽¹⁰⁴⁾. En este sentido, no existe una evidencia rotunda sobre el beneficio de la familia tradicional frente a otras formas de familia. Para el desarrollo psicológico de los hijos, parece más importante que la estructura familiar, el propio proceso familiar entendido como la calidad de las relaciones familiares y las relaciones sociales amplias del hijo. De esta forma, también las circunstancias sociales de la familia y el vecindario en el que ésta vive, influyen en la calidad de vida familiar⁽¹⁵³⁾.

A partir de aquí es necesario analizar el planteamiento de la familia desde la responsabilidad e implicación en el cuidado y educación mostrada con los hijos, así como su influjo sobre el sufrimiento. La visión de los padres respecto al sufrimiento de los hijos puede ser un planteamiento de investigación futura.

5.2.1. LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE CON T.C.

Un estudio asturiano pone de manifiesto las dificultades de la familia a la hora de conciliar hogar y trabajo, mostrándose una perspectiva de género que introduce en este sentido diferencias importantes. Los problemas de conciliación dan lugar al aumento de ansiedad y estrés de las madres trabajadoras, porque duermen menos horas. El problema de la conciliación recae exclusivamente sobre las mujeres. Ellas invierten muy poco tiempo en su cuidado personal y cuentan con muy poco tiempo libre⁽¹⁵⁴⁾. Sin embargo, la paternidad en los hombres es un estímulo para desarrollar el rol de proveedor económico, mientras que las mujeres suelen disminuir el horario de trabajo productivo, flexibilizan sus condiciones de trabajo y posponen su promoción profesional. Lo cierto es que estamos viviendo un cambio en la estructura de la familia, un cambio en los roles de quienes la componen y un cambio en las ocupaciones y responsabilidades de los padres. Los hijos no son ya la primera o su única ocupación; a veces, como lo muestran los adolescentes con TC de nuestro estudio, los hijos son una prioridad diferente, y los padres tienen un tiempo limitado para su cuidado. Existe la necesidad de trabajar y la necesidad de disfrutar de la propia vida, con independencia de los hijos. Y muchas veces, las exigencias de los hijos son impensables para los padres; otras veces pasan desapercibidas. Cuando se trabaja con los padres y las madres de los adolescentes con TC se muestran sorprendidos de las necesidades que plantean sus hijos. Combinar todas estas necesidades resulta complejo, como lo ponen de manifiesto distintas investigaciones^(124-126, 132-134, 152, 154,155) relacionadas con el hecho de ser padre, ser madre respecto a la distribución de roles en las tareas productivas y reproductivas.

El modelo de madre socialmente deseable implica una “maternidad intensiva” o una rígida e inflexible “ideología de la maternidad”, entendida como el conjunto de expectativas y creencias sociales que definen el rol social de la mujer-madre. Es un modelo simbólicamente caracterizado por desarrollar una intensa relación afectiva entre las madres y sus hijos. Supone la presencia visible y permanente de la madre como aspecto central en la construcción de la vida familiar⁽¹³⁵⁾. Es lo que utópicamente se entiende y se plantea como “la buena madre”. Esta identidad fundamentada en el género se asocia con una carga cognitiva y emocional de lucha contra sí misma⁽¹⁵⁶⁾. Esto

repercute claramente en la vida de estas mujeres, en concreto sobre su salud, por la sobrecarga familiar y el estrés añadido que supone para ellas. Esta costumbre refleja una maternidad no sostenible, al poner en jaque la calidad de vida, convirtiéndose en un factor de desigualdad social y laboral. Es necesaria la elección entre maternidad o trabajo, elección que conlleva repercusiones en el desarrollo profesional. El doble sí⁽¹⁵⁷⁾ a la maternidad y al trabajo, supone una doble jornada y no permite una maternidad sostenible, porque adolece, entre otras cosas, de un apoyo real a la mujer y a la infancia. Se extiende la falta de apoyo a la familia, por mucha ley que exista al respecto. En este sentido, los adolescentes con TC reflejan a través de sus relatos las exigencias y los reproche realizados a sus madres, a través de las categorías de *infancia ausente y relaciones parentales complejas*.

El planteamiento de la maternidad intensiva de la madre trabajadora hace pensar en el abandono de la infancia, surgiendo la culpa como resultado de la presión social que supone la idea tradicional de la accesibilidad y disponibilidad de la mujer hacia sus hijos, llegando a considerarse “mala madre” cuando no hace lo establecido por este modelo⁽¹³⁵⁾. Sin embargo, la reflexión sobre la buena/mala madre lleva a encuadrar a la mujer en un rol, sin otras alternativas, para seguir manteniendo las diferencias de género. Socialmente resulta impensable hablar de “paternidad intensiva” de forma paralela a lo que se exige a las mujeres. Sin embargo, suele olvidarse que “la figura del varón aporta elementos enriquecedores para un óptimo desarrollo infantil, pero existe la creencia de que ocupa un papel secundario, de apoyo o refuerzo a la labor femenina”^(128. P. 198), y existen ocasiones en las que envidian el rol de la madre. También esta es una forma de mantener, desde la postura de las mujeres, la división de roles en función del género.

El sistema patriarcal es una estructuración sociocultural en la que los varones adultos dominan a toda la comunidad, desarrollando y validando culturalmente la denominada masculinidad hegemónica, en la que se encuadra la paternidad tradicional⁽¹²⁷⁾. Esta organización está cambiando, persistiendo actualmente en algunos de sus fundamentos. Así siguen observándose las tradicionales divisiones de rol masculino en la pasividad doméstica, tal como lo han reflejado los datos de Laurel o Diego. Y el femenino de abnegación, paciencia, obediencia, dedicación, entrega y sacrificio al hogar y a la

familia. A pesar de ser actitudes abiertamente rechazadas públicamente por muchas mujeres, son internamente mantenidas en el hogar, y además justificadas con múltiples argumentaciones. Al asumir como propias de las mujeres las tareas domésticas, muchas se niegan a compartirlas. Así, cierran oportunidades de vincularse a ellas a los varones, fomentando su actitud pasiva en esta faceta. Las afirmaciones que se escuchan, demuestran el mantenimiento de la hegemonía: “lo hacen peor”, “les queda mal”, “yo lo hago más rápida” y un larguísimo etc. Aprovechando esta situación, los hombres, respecto al sentido de la paternidad, están perdiendo el miedo a identificarse con las características expresivas-femeninas. Entienden la paternidad desde la vivencia emocional que otorga poder y gran valor. Sin embargo, parece que este sentido de la paternidad aún no ha calado lo suficiente para que incluya a las tareas domésticas^(124, 129, 158).

Hoy día, la imagen tradicional de padre se ve aún en algunos, incluso entre los más jóvenes. Están infrautilizados, un tanto sobrevalorados, son normativos, autoritarios y excluyentes en lo que respecta a las tareas reproductivas⁽¹⁵⁴⁾. Es el rol del padre tradicional, caracterizado por su ausencia en el desarrollo del niño, en su crianza, como se ha reflejado en algunas afirmaciones de los adolescentes con TC, al lamentarse de tal ausencia.

¿Es posible hoy día un padre con estas características? Parece que sí, aunque la tendencia manifestada y manifiesta a lo largo de la revisión bibliográfica, es hacia su desaparición. ¿Dónde está su compromiso con su pareja y sus descendientes? ¿Cuál y cómo es su implicación en la crianza de sus hijos? La idea de compartir parece que se refiere a otros aspectos, distintos a las tareas domésticas que siguen considerándose eminentemente femeninas. Hace unos meses escuché a un abogado ¿Dónde se queda la expresión de sus sentimientos? También son necesidades de ellos expresar ternura y cariño, miedo y pena, dudas e incertidumbres, generalmente emociones entendidas como debilidad. Frente a la ira, arrojo, autoritarismo y rivalidad, entendidos como fortaleza, potencia, dominancia y competitividad. Todavía suele escucharse “No llores como una niña”, cuando un niño se cae o tiene dificultades y busca orientación en sus padres. Tales indicaciones y reproches, difícilmente ayudan a integrar emociones, a cambiar roles y establecer la igualdad. Más bien mantienen la jerarquía, asimetría y

poder de lo masculino sobre lo femenino, de forma visible o invisible, esencia de las desigualdades en la vida amorosa y familiar⁽¹³⁶⁾, además de en la vida laboral y personal⁽¹²⁸⁾. La repercusión para el cuidado de los hijos e hijas de tal renuncia parental, ellos mismos la han narrado a lo largo de las primeras subcategorías destacadas en la primera categoría principal destacada como Infancia Ausente, expresándola como añoranza, desatención, soledad, vulnerabilidad.

Las exigencias sociales a los hombres, ocurridas en las últimas décadas, forman parte de las transformaciones de roles sociales atribuidos a ambos sexos, con repercusiones sobre las funciones paternas y maternas, que también los hombres están viéndose obligados a asumir. Por tal razón ha tenido la necesidad de empezar a involucrarse en los aspectos más domésticos de la vida familiar. Su compromiso de accesibilidad, responsabilidad, obligación, parte de sus propias controversias, conflictos, costes sociales sobre la masculinidad cuando asumen maneras diferentes a las establecidas y se replantean la sociedad machista⁽¹³²⁻¹⁵⁸⁾. Aquella que le expulsó de la expresión emocional y afectiva, de la comunicación y el disfrute de los hijos. Pero ésta en la que persisten en el orgullo de género, en los prejuicios, en el “qué dirán” y en las normas socialmente inculcadas desde la cuna, que le obligan a optar por el alejamiento de la vinculación al cuidado del hogar. La conciliación de la vida familiar, la dedicación profesional y la ocupación laboral, le hace cuestionarse el rol que desempeña dentro y fuera de casa. Pero la paternidad, más allá del mero nombre, exige un compromiso con respecto a la pareja y al hijo. Exige cuidado y afecto hacia ellos y con cada uno de ellos. El hombre ha descubierto, dentro de la familia, la ternura y el diálogo. Y resultan para él la mejor forma de expresar amor, de comunicar su desacuerdo y hasta el enfado con su hija o hijo, en un ejercicio asertivo de su adultez. Empieza a rechazar al tradicional padre: ausente, frío, normativo y distante, por otro lado desacreditado y desvalorizado, dejando paso al padre transformado, al nuevo padre. Aquel que, conservando las cualidades positivas de la paternidad tradicional, la ha mejorado al incluir la afectividad en la representación social de la paternidad⁽¹²⁷⁾. En este sentido, el rol de padre se construye desde la gestación, se fortalece con la presencia significativa durante el parto, por el impacto emocional producida por la experiencia, la unión afectiva y colaborativa de la pareja en ese momento crucial, así como el contacto y apego inmediato establecido con el bebé. Traspasa lo meramente anecdótico y/o establecido por los

convencionalismos sociales. Lleva asumir la crianza de los hijos como propia, en íntima unión con la pareja, impensable de otra forma⁽¹⁵⁹⁾.

El referente histórico de la paternidad, con tendencia a desaparecer, pone de manifiesto la importancia de la presencia asertiva, cooperativa, afectiva y educativa del padre en la vida de los hijos. De una forma igualitaria, con su implicación en su cuidado, mostrarán las diferencias en la relación y el vínculo establecido. En este sentido, en las edades tempranas es el momento de fortalecerse los vínculos afectivos, desarrollando la confianza y seguridad de los hijos, además de con la madre, con el padre, independientemente de la relación que exista entre la madre y el padre⁽¹²⁶⁾. La edad temprana es también el momento de formarse los elementos estructurales de la personalidad. Y con ello se posibilita una adecuada y desenvuelta relación con el resto de su entorno⁽¹²⁴⁾. Los datos parecen apuntar hacia el descrédito de considerar estos aspectos claves para el desarrollo.

Escudarse en el determinismo biológico de la genética sexual, cuando la arbitrariedad socio-cultural ha repartido el género a los roles, es mirar la realidad por encima de las gafas. En esta visión, muchos aspectos quedan desenfocados. Por ejemplo, la intercambiabilidad de las funciones parentales. Padres y madres pueden atender, cuidar, disciplinar y jugar con sus hijos. Pero son necesarias las dos figuras para el desarrollo óptimo de los aspectos emocionales de los hijos. Primero como figuras de apego y más tarde, como modelos de socialización. Padres y madres pueden adoptar distintos roles respecto a las funciones parentales. Pero la presencia en el cuidado real es imprescindible para establecer la representación social. Más aún, los problemas surgirán en un territorio lleno de ausencias. La ausencia del compromiso adquirido y supuestamente establecido, con los hijos e hijas: permanecer a su lado, establecer la distancia con ellos o desaparecer de sus vidas. Esta realidad es muy frecuente y no sólo en los padres separados o divorciados, no casados o que no viven con sus hijos⁽¹²⁶⁾. También lo es, y los relatos lo reflejan, en los que viven con sus hijos-as.

Distintos estudios antropológicos y psicológicos encaminados a aclarar la implicación paterna sobre la interacción en la triada madre-padre-hijo, demuestran la existencia de una mayor presión social en las chicas que en los chicos hacia el interés por los

niños⁽¹²⁶⁾. Esto es lo que determina la existencia de un aprendizaje social del proceso socio-cultural de la maternidad. Desde una perspectiva tradicional respecto a los roles de género, la maternidad es entendida desde la identificación de la mujer como madre, dispuesta a darlo todo por los hijos y a sacrificarse al máximo por su bienestar^(135, 158). La ruptura de esta visión tradicional reflejada en datos de un estudio español, permite un mayor distanciamiento del reduccionismo de la madre al ámbito doméstico⁽¹⁵⁸⁾. En él, las mujeres no admiten un mejor cuidado de los hijos por parte de la madre que del padre; tampoco reconocen la exclusiva responsabilidad del padre en la provisión económica. Sin embargo hay un claro reconocimiento de una menor colaboración y atención de los padres en el cuidado de los hijos. Esto también lo han reflejado todos los adolescentes con TC participantes en este estudio.

En este sentido, hay mujeres que esperan un hombre que todavía no es; y hombres que quieren una mujer que ya no existe. Son parejas donde los hijos han sido criados principalmente por mujeres (madre, abuela, maestra, cuidadora), algunos de nuestro participantes, así lo han reflejado⁽¹⁶⁰⁾. Los niños no han aprendido a expresar el afecto y más bien lo exigen con enfado, o reciben pasivamente. Las niñas han aprendido a sobrevalorar y servir a los hombres, más que a compartir y ser queridas por ellos. La presencia compartiendo las tareas del hogar y la crianza de los hijos, les demuestra a estos que los hombres también pueden y saben expresar su afecto con ternura. Los hombres han aprendido a delegar todas las responsabilidades familiares en las mujeres de su vida. Las mujeres han aprendido que deben esperar muy poco de los hombres, privándoles de la satisfacción de participar en el cuidado de su familia⁽¹⁶¹⁾. De esta forma se mantiene un rol, el del padre que no se implica en el cuidado de los hijos, subutilizados en el rol emocional y doméstico, el del cuidado físico dentro de la familia. Aunque, como dirá alguno, “este panorama ha cambiado mucho” y es cierto, el estudio colombiano de Macías⁽¹²⁴⁾, refleja estas afirmaciones. Los adolescentes con TC se mantienen en estos modelos familiares tradicionales respecto a los roles, aunque las estructuras familiares en las que viven no lo sean, o no lo sean tanto.

La madre piensa alrededor del deber ser de la relación padre-hijo, pero, la incondicionalidad de los dos miembros de la pareja frente al hijo, como garantía de estabilidad y permanencia de la pareja, se cuestiona cuando la realidad demuestra que el

hombre frente a la familia se comporta de manera diferente a la mujer⁽⁹²⁾. En este sentido, algunos estudios han identificado el deseo de tener un papel activo por parte de los padres e integral en el cuidado de los hijos, mientras que para otros, esa responsabilidad resulta estresante. Para algunos padres el trabajo es una fuente importante para evadirse de la situación de cuidar a sus hijos altamente dependientes, pero otros consideran que cuando no trabajan deben dar un respiro a sus parejas⁽¹⁶⁰⁾.

Los padres, conductualmente siguen considerándose una persona secundaria en el cuidado de los hijos, dedicando cuidados físicos a los niños en circunstancias excepcionales; sólo cuando están enfermos. Respecto a la educación, el padre participa activamente en la enseñanza de valores, modelado de género y actividades socio-culturales a través del juego convirtiéndose en compañero del niño y compartiendo sus intereses. En las tareas domésticas, muestra pasividad y se involucra en actividades relacionadas con la masculinidad. En definitiva, están más comprometidos con la educación y menos con el cuidado. Y esta actitud es esperada por su pareja, asumiendo que “los hombres son así”. Posiblemente esta actitud es la que también está retrasando la incorporación de hecho del hombre al mundo doméstico^(124, 125, 128), que le mantiene en la ambivalencia y culpabilidad de no ser buen padre. Y más aún, necesitan la participación del rol de la madre, entendido como modelo a imitar/diferenciar. Con ello se facilita la ejecución del rol de paternidad nuevo, permitiéndole su aproximación progresiva, por ensayo y error, al logro de su aspiración de ser buen padre^(127, 128). Más allá, lo recogido por Mora y Cols.⁽¹²⁹⁾, defendiendo la paternidad como construcción cultural incomprensible sin articulación con la maternidad dentro de un sistema de parentesco y en el universo simbólico de la cultura a la que pertenece. O cuando afirma que la familia contemporánea está marcada por un retroceso lento y progresivo de la presencia y la potencia del padre y por una afirmación de la madre, también observado en los adolescentes con TC de nuestra investigación, a veces única presente realmente en la familia. Son los ejemplos de Camelia, Mimosa, Diego, Cosmo, Rosa, Amapola o Margarita.

Por otro lado, una mujer es una madre siempre, incluso cuando se rompe el matrimonio o la relación de pareja de la que nació el hijo; sin embargo, un hombre sólo es padre si tiene una relación con su pareja. En este sentido, el divorcio aumenta aún más la

ambigüedad del rol de padre⁽¹²⁶⁾. Es clásico ver en España cómo los hombres que enviudan, vuelven a casarse, dándose la misma conducta en las mujeres un 37% menos⁽¹⁶²⁾. Es posible que este dato abunde en la necesidad de los hombres de mantenerse emparejados para continuar su vida familiar con normalidad. O como se plantea en otra de las investigaciones mencionadas, considerarse hombre de verdad⁽¹³²⁾.

Cabe destacar también la dificultad existente a la hora de modificar un rol socialmente adquirido, reforzado y mantenido durante décadas. La razón parece obvia, porque implica tensiones y contradicciones entre la herencia cultural aportada y los nuevos saberes y creencias que se van incorporando poco a poco⁽¹⁴⁹⁾.

Que las mujeres irruman en el espacio productivo y los hombres no en el reproductivo, vuelve a establecer la desigualdad, por muchos avances que se piensen conseguidos. Y puede/suele dar lugar a importantes conflictos dentro de la familia. Precisamente cuando hay diferentes estatus y fines. Los estudios recogidos por Yárnoz apuntan los efectos negativos de un alto conflicto entre la pareja de padres, señalando hacia la creación de tensiones en el niño. Tales conflictos parecen tener efectos más marcados en los niños que en las niñas⁽¹²⁶⁾. Además, la maternidad considerada como algo natural e inherente a ser mujer, aporta la representación de los roles sociales a desempeñar, ciertos sentimientos, los modelos de familia posibles, el desempeño cultural de las mujeres, las prohibiciones sexuales dirigidas a las mujeres, tanto como el significado de la pareja y del cuerpo⁽¹⁴⁹⁾. Tal enfoque determina el modelo de buena y mala madre, fundamentado en la coincidencia con tal representación, o la obligación de aprenderla.

El doble sí de la mujer a la maternidad y al trabajo^(131, 157) pone de manifiesto la necesidad de la existencia de conciliación familiar y laboral e imbrica un cambio en las relaciones familiares, personales y laborales. Ante el parto como hecho biológico insoslayable de la maternidad se impone el descanso obligatorio posterior para la mujer. Pero durante un tiempo limitado. Para garantizar la igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, es necesario establecer el mismo tiempo obligatorio de permiso laboral por paternidad. La razón, parece obvia: contribuir a la corresponsabilidad familiar en el cuidado tanto de los hijos, como de la casa. De esta forma, el reparto más equilibrado de las cargas familiares, evitarán la paralización del desarrollo profesional

de las mujeres. Sin embargo, llegar al rol de padre cuidador y protector, más que hacerse por imperativo legal, es una nueva concepción emergente de la paternidad⁽⁸⁶⁾. Un artículo en una revista de economía americana⁽¹⁶³⁾ pone de manifiesto en una lista de 21 países de ingresos altos, que los permisos de paternidad remunerados son encabezados por Alemania (47 semanas) y los países nórdicos (Suecia como Alemania, Noruega 44 semanas y Finlandia 32.), siendo Australia y Estados Unidos lo que ocupan los últimos puestos.

La maternidad repercute sobre el desarrollo personal y profesional de las mujeres, limitándolo. También el hijo ocupa un lugar importante en algunas investigaciones^(129, 134, 135). En este sentido Nóblega⁽¹³⁴⁾ establece la maternidad temprana como consecuencia de existencia de pobreza a largo plazo, en lugar de lo contrario. El hijo se convierte en la posibilidad de salir de su familia, pero a la vez se convierte en un nuevo problema, cuando el rol de la pobreza perpetúa situaciones que llevan al embarazo en el tramo etario de la adolescencia, incidiendo en el desenganche de la madre-adolescente de la vida académica, tanto como en incrementar las dificultades para conseguir empleo.

En el reparto de peso dentro de la familia, entendido como importancia y consideración, la madre ocupa un lugar notable como responsable de la familia frente a la figura del padre. Éste a veces presente y otras ausente, incluso en esa presencia, muestra un significado simbólico más que real, para los adolescentes con TC. Coincide con el estudio realizado en Venezuela⁽¹²⁹⁾ relacionado con las representaciones y el significado de ser padre, ser madre y ser hijo. Los adolescentes con TC de nuestro estudio muestran cómo esa necesidad de salir de casa a trabajar, ha restado tiempo y calidad a las relaciones con los progenitores, resultando en unas consecuencias de sufrimiento visibles en las actitudes y conductas acompañantes.

Posiblemente el cambio estructural de la familia tradicional y del significado de los roles de género a partir de la dimensión socio-cultural, tengan que ver también con el aumento del nivel educativo-formativo de las mujeres, aportándoles a la vez mayor independencia de la figura tradicional del proveedor.

Sería posible abundar más aún en esta argumentación, sin embargo el desarrollo sería excesivo para llevar a la misma conclusión. El planteamiento de la ma-pa/ternidad tradicionales genera diferencias entre los miembros de la pareja y determinan la generación de problemas de comunicación y acuerdo dentro de la familia. Los problemas familiares son un foco generador de sufrimiento y éste puede guiar por distintos derroteros a sus miembros. Uno claro es el TC, al generar vulnerabilidad durante los primeros momentos de la vida, reforzada y retroalimentada durante la adolescencia. Pero este sufrimiento de los adolescentes, pueden revelar el sufrimiento ocultado en las familias tras la fachada de desatención e incumplimiento. Hay factores que pueden utilizarse como indicadores para indagar qué ocurre en esa familia, desde planteamientos no punitivos, no enjuiciadores, difíciles de mantener sobre todo cuando hay menores implicados. Esto sería tema para otro estudio.

5.2.1.1. LOS ADOLESCENTES CON T.C. NECESITAN MÁS QUE BUENA VOLUNTAD

Algunos adolescentes con TC de nuestro estudio se han referido con afecto sobre la vida con los abuelos, al haberse convertido en sus referentes más importantes en positivo. Esta observación es coincidente con otra⁽¹³⁹⁾, que apunta hacia este mismo resultado. Sin embargo, también es necesario considerar el alejamiento de la edad y la menor energía producida por el mismo para mostrar que, la relación con los abuelos no siempre resulta provechosa. En general estas autoras han encontrado múltiples estudios, que demuestran como la relación establecida con los abuelos beneficia a todo el sistema familiar, por la mayor disponibilidad de tiempo. Pero la mayor disponibilidad de tiempo no puede esconder el impacto que supone para los abuelos el acogimiento de un niño, o un adolescente, tanto a nivel personal como social. Los adolescentes con TC de este estudio que han estado al cuidado de sus abuelos ponen de manifiesto, en su recuerdo, la incapacidad de las abuelas para asumir un cuidado lastrado de ausencia y reproches, con todas las demás exigencias planteadas por los niños, o más incluso por los adolescentes. Petunia, por ejemplo refleja cómo se siente con su abuela y el sufrimiento que le supone esta obligación. O Amapola, cuando afirmaba “si mi abuela es mi madre ¿dónde está mi abuela?”.

La buena voluntad, la generosidad, la entrega y el sentimiento de solidaridad para acoger a un niño/a son condiciones necesarias para el éxito de esta labor social, pero no suficientes para una tarea tan importante. Requieren, además un puntual apoyo institucional de la condición y situación de acogimiento como forma, reconocido por otros estudios españoles^(141, 142). El apoyo es necesario tanto a nivel económico, por la sobrecarga que supone mantener a un niño o adolescente, como en forma de servicios de atención psicológica por el impacto que supone para los niños o adolescentes dejar de vivir con sus padres y amoldarse a la nueva situación, tanto como a la nueva relación. Así se hace necesario rastrear la huella del tiempo pasado con ellos en el recuerdo y en el impacto emocional del niño o adolescente. En nuestro caso hemos visto oscilar entre el reproche de Valeria, el silencio de Cosmo, hasta el remordimiento de Adolfo, pasando por un abierto rechazo en las opiniones mostradas por Petunia o Camelia. El apoyo psicológico también necesario para los abuelos, dado el impacto emocional que supone un cambio de vida y de responsabilidad tan radical, que supone ocuparse del nieto. Contrariamente a lo que se pudiera esperar, en un estudio andaluz sobre las abuelas custodias, pone de manifiesto la ausencia casi completa de apoyos institucionales, tanto a nivel de información (el 94,3% niegan haberla tenido sobre el proceso de acogimiento) como de seguimiento (64,3% niegan seguimiento mientras duró el acogimiento) y ayudas económicas (58,6% niegan haberlas tenido)⁽¹⁶⁴⁾. Esta realidad pone de manifiesto que la desatención de la infancia y a la adolescencia, refleja también una realidad social frente a las distintas declaraciones nacionales e internacionales a las que está adscrito nuestro país.

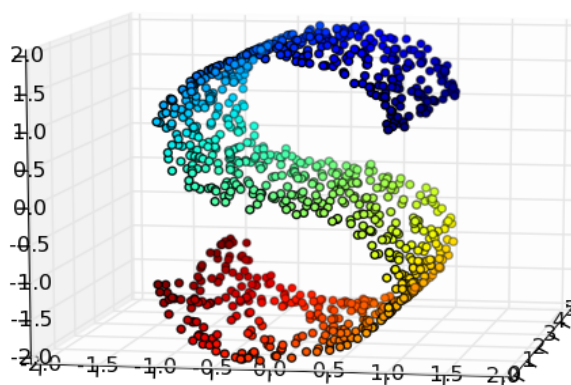
En un momento concreto de su vida, cuando los adolescentes con TC se dan cuenta de su diferencia con los demás, mostrada en la exposición de los resultados, a través de los momentos iniciales de la “concienciación del sufrimiento”, de su incapacidad para tener una relación apegada con sus padres, necesitan esconderse para huir del sufrimiento. Partiendo de la idea de autosuficiencia antes referida, reaccionan para defenderse de la soledad en la que se encuentran. El convencimiento de “poderlo hacer” les inyecta la fortaleza reflejada en el trabajo de Fredriksson y Lindholm⁽¹⁶⁵⁾ para poder resistir y, tal como han demostrado los datos, indagar en mayor profundidad en su sufrimiento. La resistencia no les ayuda a indagar en la comprensión del significado de su sufrimiento.

Es la etapa previa al punto de inflexión identificado por estas autoras, la experiencia que determinará la búsqueda del significado y transformación de su vida, el aprendizaje de la interpretación del entorno donde se desarrollan y participan para llegar a su control.

En esta fase de esconderse se manifiesta un proceso que resulta paradójico, y expresa el sufrimiento como expresión del miedo a pensar. Los adolescentes con TC de nuestro estudio han mostrado como, queriendo dejar de sufrir, se alejan de su entorno más inmediato. Aunque quieren dejar de pensar, siguen con su reflexión, porque pensar también es ineludible. Es decir, no pensar es imposible; es la forma de comunicarse consigo mismo. Watzlawick y Cols.⁽¹⁶⁶⁾ demostraron la imposibilidad de no comunicarse. Lo posible es cambiar de pensamientos.

Reflexionan indagando en los motivos de su soledad y su vulnerabilidad. De esta forma se actualiza la vivencia, sus recuerdos son inaguantables. Así se esconden en la constelación del TC y “retrasan la identificación” del fenómeno del sufrimiento. Las consecuencias a las que les lleva su conducta disruptiva, les introduce en situaciones que resultan en más sufrimiento. En definitiva, el sufrimiento se refuerza con más sufrimiento. Se ha representado en la cuarta categoría principal, destacada como “Concienciación del sufrimiento”.

Figura 8. El sufrimiento retroalimentado



Los adolescentes con TC se desvinculan de su entorno familiar durante el proceso de concienciación de su sufrimiento. A partir de aquí, y durante una temporada más o menos larga, se esconden para intentar no sufrir. Se reencontrarán con su familia más tarde, cuando hayan experimentado con todo: personas, cosas, situaciones. Este proceso de experimentación mostrado en los datos y expresión alterada etiquetado como TC, es equiparable al “estar EN sufrimiento” identificado por Fredriksson y Lindhölml⁽¹⁶⁵⁾. Es la lucha entre el bien y el mal, entre la esperanza y la desesperanza, entre la vida y la muerte, para identificarse como personas que están sufriendo y utilizar el sufrimiento para introducir los cambios necesarios para seguir viviendo⁽²⁸⁾.

Por otro lado, la vergüenza referida representa el ocultamiento para que nadie escuche o vea el sufrimiento personal. Esta idea también es conforme con lo que Morse⁽¹³⁾ identificó como resistir o soportar de cara a los demás, para liberarse en la intimidad. Sin embargo estos adolescentes están escondidos de su propia intimidad. Requieren algo más que intimidad. Necesitan apoyo y ayuda para facilitar el drenaje emocional, que supone reconocer su funcionamiento desde una perspectiva diferente a la suya. Ayudar desde fuera, identificando y reflejando la procedencia externa del sufrimiento y desentrañando la herida interna acompañante⁽⁵⁶⁾. Se hace a partir de un diálogo dentro – fuera – dentro, proponiendo alternativas, confrontando experiencias y desentrañando la madeja de emociones que dan cuerpo al sufrimiento, haciendo este proceso tolerable y tolerado por los adolescentes, mostrado en las distintas estrategias de afrontamiento que han practicado. De lo contrario, la ayuda se convierte en más sufrimiento: el de la vivencia, el del recuerdo, el del atosigamiento.

La ayuda puede proceder de los padres, de los amigos y de los profesionales con los que entran en contacto a lo largo de su vida. De ellos se hablará más adelante a propósito del fracaso escolar (FE). Una vez se reconocen en este funcionamiento, pueden establecer el significado del sufrimiento y reconocerlo. Lo reconocen tanto en sus expectativas, como en sus actuaciones y situaciones que, ahora se vuelven comprensibles.

“Las ganas de vivir”, subcategoría de la quinta categoría principal, les empuja en este progreso de reconciliación consigo mismos, adquiriendo una nueva experiencia de integridad para poderse relacionar a partir de conseguir estar en paz consigo mismos, en

primer lugar, y luego con los demás. A partir de aquí se da el reencuentro con su familia.

Los adolescentes con TC han narrado en sus historias cómo no reconocen inicialmente su sufrimiento, porque han vivido de espaldas al mismo, afrontando y asumiendo la realidad que les ha tocado. Esa ha sido su normalidad. Se hacen conscientes de su sufrimiento, a medida que crecen y ven a otros, sus pares y su entorno diferente, de ellos. Se comparan con ellos, viéndose distintos; los pares les reflejan una realidad diferente a la suya. Con ellos empiezan a cuestionarse lo que hubiera podido ser.

Los adolescentes no tienen conciencia de enfermedad (trastorno) porque no se sienten enfermos. Han sido, y se han hecho, así toda la vida. Cuando se les plantea que están enfermos, se revelan y no están de acuerdo. Luchan contra lo que consideran “*cambiar su forma de pensar*” y responsabilizan a su padre, o a su madre, de todo su malestar. Es el sufrimiento como representación de un estado emocional, de tonalidad desagradable. Está provocado por el abandono reflejado en la renuncia parental, o el miedo al abandono, también puesto de manifiesto en otras investigaciones⁽¹⁶⁵⁾. Sobre este sufrimiento se establece toda una estructura defensiva que pone de manifiesto el miedo, la inseguridad, la ira y el rencor, utilizados para alejar y romper las relaciones interpersonales cuando son próximas, en las que ellos atribuyen la responsabilidad de su “Pasar mal”.

El sufrimiento externalizado en las manifestaciones conductuales disruptivas, durante la toma de conciencia del mismo, es la forma de representar el intenso malestar y el desacuerdo con los mensajes normativos y relacionales, educativamente (padres, profesores) transmitidos pero paradójicamente representados. Los modelos no cumplen lo que proclaman, también lo han arrojado los datos.

La recomendación de la prosocialidad, cuando ellos están solos, se sienten abandonados, desatendidos y “atacados” en su vulnerabilidad⁽¹⁴³⁾. Son el foco de las burlas, de las iras y las envidias de los más privilegiados. ¿Qué despiertan en sus compañeros? ¿Qué reflejan en sus profesores? Y sus padres ¿Qué papel representan en

la vida de estos niños? Como han demostrado, ellos y ellas representan un papel central en su vida afectiva.

El respeto de las normas, el establecimiento de límites, la tolerancia a la frustración como representación del principio de respetar para ser respetado. ¿Dónde empieza el respeto? ¿Quién lo inculca y lo enseña? ¿Quién lo defiende? ¿Cómo lo defiende? Muy pronto, estos adolescentes identifican que, muchas veces, no son respetados, entonces su conducta rompe con este principio, haciendo aquello que han ido aprendiendo vicariamente: las normas están para saltárselas. Por otro lado, en los adolescentes la norma es la valla que, por su curiosidad en tanto que ganas de experimentación, se debe saltar para poder aprender lo que hay tras ella. Las normas culturales están aún lejos y no las han asumido. Cuando han mostrado y probado todo a través del TC pueden llegar a reconocer su sufrimiento y a aceptarlo. Sería idílico pensar en que todos lo van a superar. Esto requiere mucha ayuda y a veces, otra ayuda que realmente la prestada.

La tolerancia a la frustración no han tenido ocasión de aprenderla; lo demuestran durante los ingresos hospitalarios o institucionales. Han aprendido a ser “intolerantes” porque esto es lo que se ha premiado. La situación de desatención es una tremenda frustración; a ella están muy acostumbrados y en este sentido son muy conscientes de lo que tienen y carecen. Pero también de lo que quieren. Sin embargo, en las personas con aparente proximidad afectiva establecen una “sobrepotección cómoda” en la que los límites son blandos, laxos y permeables, fáciles de acordar porque no implican el más mínimo malestar de la oposición de una postura diferente. Consecuentemente, tal sobrepotección deriva en un aprendizaje de la intolerancia, porque está muy reforzada; a ella se le presta toda la atención que no se presta al resto de situaciones. En consecuencia, la intolerancia cuenta con un importante establecimiento en la vida de estos adolescentes.

Con respecto al autocontrol de su conducta ocurre lo mismo. Posiblemente sea una cuestión de grado, cuando se habla de la adolescencia como proceso de crisis y sufrimiento para romper con la vida anterior y poder entrar en la vida adulta. Meleis y Chick⁽¹⁶⁷⁾ hablan de las transiciones como proceso complejo a partir de redefiniciones de identidades, roles, relaciones y experiencias. En este sentido la transición de los

adolescentes con TC pone de manifiesto toda esta complejidad, pues conlleva múltiples cambios en sus referencias habituales. Necesitan, y así lo hacen, cambios externos de amigos, lugares de ocio, ocupaciones para su sustento, gustos y aficiones, ... Pero también experimentan, y lo identifican, cambios internos respecto a su autoconcepto, autoimagen y autoestima, como elementos condensadores del aprendizaje introyectado en su vida emocional. En estos cambios y adaptaciones, existe una pérdida de lo precedente. Como en cualquier pérdida, se requiere un duelo por ellas, anterior y necesario al reequilibrio. Este duelo ha de considerarse como parte que explica “la crisis adolescente”.

Las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con TC, tanto cognitivas como emocionales, las adquieren como pueden. Generalmente con las orientaciones de la calle, o en el colegio, pero casi siempre de los iguales. Con los pares se entrenan, se refuerzan, se modelan y moldean. Los iguales son muy prestigiosos para cualquier adolescente, más aún para éstos que no han aprendido a reconocer ni a respetar las figuras de autoridad que son habitualmente los padres. El resultado es ahondar en las carencias y en la vulnerabilidad.

A partir de la vulnerabilidad no son conscientes de las posibilidades que tienen con sus propias capacidades; reconocen el carácter problemático de sus primeras experiencias, referidas por lo general al enfrentamiento a las indicaciones de los adultos, al ser muchas veces desconsideradas con las necesidades del niño o del adolescente, tal y como lo ha demostrado Schenetti⁽¹²⁰⁾. Tanto que dejan una huella importante, determinando su ocupación en terrenos más emocionales, emocionantes y menos intelectuales, buscando salidas alternativas. Es decir, la sensación de vulnerabilidad, soledad y desprotección, que unas veces ahonda en la desmotivación y otras en el establecimiento de metas alternativas, más atractivas con las propias estrategias de afrontamiento, identificadas en la constelación sintomática del TC.

El FE, dada su capacidad reflexiva posterior, parece que no procede de la falta de capacidad intelectual, sino más bien del estancamiento emocional del aprendizaje de la vulnerabilidad. Puede asemejarse con la desesperanza identificada por Perseius y cols.⁽³⁰⁾, en el mundo del dolor emocional que descubren al estudiar el sufrimiento de

personas con trastorno límite de personalidad. La rabia que sienten cuando se sienten rechazados, les lleva a cometer “locuras” entendidas como la expresión del TC. La intención puede ser diversa:

- Autodestruirse, en un primer momento cuando no entienden su situación.
- Autoafirmarse, en cualquiera de los casos, como medida de supervivencia
- Autoprotegerse, en un momento de máxima vulnerabilidad; en una situación en la que afrontar el sufrimiento resulta imposible, y aunque todos sus intentos van encaminados a evitarlo, son intentos que le posicionan nuevamente ante él.

Su tono emocional advierte mucha tristeza, que no reconocen pero que les hace quedarse estancados en su emoción.

- Buscan, más que salir del problema y alejarse de esas figuras parentales poco convenientes, la revancha, e intentan producir tanto dolor como el que ellos sienten. Parece que esto es cuestión de tiempo durante el proceso de hacerse conscientes de su sufrimiento.
- Se vuelven rencorosos, muchas veces.
- Se lamentan y preguntan “*por qué yo*”, o “*por qué no puedo tener lo que quiero*”, o “*lo que todos tienen*”.

Una posible explicación apunta a las demandas contextuales demasiado exigentes para la vivencia emocional que están experimentando. Por un lado las exigencias escolares de esfuerzo para alcanzar un nivel de conocimientos. Y por otro, las pretensiones familiares apuntando hacia el obligatorio rendimiento. Sin embargo, su atención está concentrada en un vacío vital caracterizado por desmotivación y desinterés, también descrito en otros estudios^(119, 165, 168), pero en estos adolescentes, parece que lo determinante es la situación de ausencias y las sensaciones de soledad y vulnerabilidad.

Respecto a la capacidad de aprendizaje y al fracaso escolar (FE), es necesario hacer algunas puntualizaciones. Por ello necesitamos abrir un nuevo punto en el que poder exponer la importancia, la relación, la complementariedad de ambos conceptos. La capacidad de aprendizaje abarca más allá de la escuela, valorándolo necesario pero claramente insuficiente para sus expectativas, gustos y necesidades. De hecho, la

mayoría de los participantes en este estudio, así como la mayoría de adolescentes usuarios de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil de procedencia laboral de la autora, se orientan mejor en el aprendizaje a través de la acción y de los afrontamientos de las situaciones de la vida; o como ellos dicen, “el aprendizaje de la calle”. Sin embargo, en la escuela se les plantea el fracaso escolar. Muchas veces por el aburrimiento que encierra. Tal y como se ha mencionado, el aburrimiento es otra forma de sufrimiento.

Es necesario ahondar en los procesos escolares para poder entender los planteamientos que los adolescentes con TC , arrastran en la escuela y de la escuela.

5.2.2. EL APRENDIZAJE Y LA EDUCACIÓN: LOS PROCESOS ESCOLARES

El proceso de aprendizaje es un fenómeno propio de cualquier ser vivo para adaptarse al medio en el que se desarrolla y poderlo controlar para sobrevivir. Es un proceso por tanto dinámico y evolutivo. Las comunidades humanas han concentrado y delegado la función educativa en la escuela. Pero el aprendizaje no se da sólo allí, aunque allí se pretenden establecer los mínimos conocimientos imprescindibles para que una persona continúe aprendiendo a lo largo de la vida, a través del proceso de aprender a aprender. Si tenemos en cuenta lo destacado en la primera categoría de los resultados, podemos ver como estos adolescentes han adquirido solos muchos aprendizajes en aquel hábito de “buscarse la vida”. Es decir, han desarrollado un aprendizaje y un proceso de aprendizaje autorregulado y autoanalizado en sus resultados, aunque a veces equivocado respecto a su adaptación social y emocional. Este proceso es en el que se atrincheran, aferrándose a sus aprendizajes, sobre todo cuando éstos cubren sus expectativas; la mayor parte de estos aprendizajes son adquiridos de forma observacional. Quizás esta pueda ser una explicación que justifique el aburrimiento en clase, el desinterés por ciertos contenidos curriculares o las interacciones establecidas con los profesores.

El fracaso escolar (FE) es un término ambiguo^(123, 169) que incluye múltiples factores en cada uno de los tres determinantes que lo completan. Son los determinantes personales (motivación, autoestima y autoconcepto, por ejemplo), los familiares (nivel social, cultural y económico entre otros) y los escolares (características de la relación alumno-profesor, oportunidades del centro, atribuciones y expectativas del profesor respecto al alumnado, entre otros). Así es posible definir el FE como lo define el Ministerio de Educación y Ciencia, o las distintas Comunidades Autónomas a día de hoy, como el porcentaje de alumnos que no obtienen el título de Graduado en ESO⁽¹⁷⁰⁾. Lo complejo es traspasar la mera definición e indagar cada uno de los factores que intervienen y determinan su existencia, tanto como la forma en que se produce, las razones por las que se gesta e instaura. Con todo ello asumir una realidad compleja para poderla atajar, tal como los propios profesionales han apuntado, a partir de estudios rigurosos que lo analizan desde el lugar donde se produce, la propia escuela^(123, 171). En nuestro estudio se ha puesto de manifiesto el aburrimiento de los alumnos y la falta de solución para el mismo. Con él sólo nos asomamos a la problemática existente en la escuela, a la colisión de derechos de los alumnos con distintos ritmos y a las respuestas dispares, complejas y a veces insuficientes de los profesores.

El FE se puede considerar el termómetro de la salud de la escuela y los datos apuntan a que ésta no es buena. En España, alrededor del 30% de los jóvenes de 16 años, no tienen titulación básica de graduado en ESO; es decir “fracasan” escolarmente⁽¹⁷⁰⁾ ¿Cuántas políticas educativas, técnicos pedagógicos, orientadores psicopedagógicos, centros educativos, profesores, ... fracasan? El FE ofrece una imagen negativa de la escuela y de los docentes, pudiendo llegar a cercenar su vivencia positiva de la profesión, reducir sus propósitos y compromisos con la enseñanza y agostar el sentido de posibilidad y transformación sin el cual la educación pierde su razón de ser⁽⁸⁰⁾. Pero más allá de ellos, ofrece también una imagen negativa de las políticas educativas que desequilibrando mentalidades y acciones entre las responsabilidades del sistema social y educativo porque “suelen estar, salvo honrosas excepciones, escoradas”^(172. P. 177).

El éxito de todos los alumnos en la Educación Obligatoria se da por supuesto, aunque no es real; nuestra investigación lo pone de manifiesto. Ese éxito es necesario para que puedan alcanzar un nivel de conocimientos y una titulación mínimos. Si es real que

puedan adquirirlos, es posible adecuar el currículo para ello. Pero la adecuación no debe suponer disminuir los conocimientos. Supone adaptar sólo la forma de adquirir tales conocimientos para que sean entendidos como útiles y necesarios por parte de los adolescentes, tal y como ellos han demostrado. Es decir, pensado, interpretado y poniendo en acción la relación e implicación entre alumnos y profesores^(122, 142). Al terminar la ESO continuarán estudiando por vías más adecuadas a sus gustos, motivaciones, actitudes y aptitudes. Su fin será obtener otras titulaciones, académicas o profesionales, que les permitirán entrar en el mercado laboral.

Comparando España con países del entorno europeo, las pruebas PISA [Programme for International Student Assessment] apuntan, más que al bajo nivel de los alumnos, al nivel de exigencia excesiva para aprobar la ESO^(146, 170). Cabe preguntarse si el esfuerzo que hacen los profesores obedece a la misma exigencia que se impone a los alumnos. Algunas reflexiones de los mismos profesionales responsabilizan al escaso esfuerzo de aquellos, al abundar en la repetición deslocalizada o la demanda descontextualizada como factores clásicos de los determinantes escolares y profesionales del FE⁽¹⁴⁶⁾.

En este sentido cabe señalar a los profesionales la necesidad de cuestionarse su práctica, además de otras reivindicaciones muy justificadas, más allá de etiquetar exclusivamente a los alumnos, tal como se han sentido los adolescentes con TC participantes en esta investigación en las dificultades planteadas con los estudios en la categoría “Manifestaciones del sufrimiento”. Patiño plantea una crítica al trabajo didáctico realizado por los profesores y se reivindica la necesidad de terminar con la repetición de esquemas prácticos descontextualizados y transmisión de información para memorizar y rescatarla después, sin demasiado sentido. Tilda de falta de autenticidad la relación profesor-alumno, llevando a la diada al aislamiento y la soledad de la falta de entendimiento y conexión. Lo atribuye a varios factores. Uno de ellos el ocultamiento de las dificultades y falta de conocimiento de los alumnos, porque cuando lo muestran son castigados⁽¹⁴³⁾. Es decir, el buen alumno es el que demuestra saber, no el que necesita aprender. Los adolescentes con TC necesitan aprender, como cualquier otro reconociendo su ritmo, sus capacidades y sus dificultades. Son los propios profesionales de la educación quienes critican el sistema, abogando por enfatizar la ayuda y el empeño profesional para luchar contra la exclusión. La duda, a la luz de nuestros datos,

es si realmente los profesionales van en esta línea. Así Patiño señala también las consecuencias nefastas para el alumno que tiene desvelar una duda, pues supone exponerse a la burla o a la ironía, a la evidencia de no saber o estar equivocado, cuando no a la descalificación⁽¹⁴³⁾. Es una forma de dispatía de los profesionales que, lejos de transmitir actitud de apoyo y ayuda, ahonda en la desmotivación del alumno y en el pésimo clima de la clase. Los adolescentes antes de preguntar y exponerse al ridículo y la vergüenza, a partir de ahora tomarán referencias de los pares, en consultas privadas y alejadas de quienes se sienten en peligro del ridículo. A partir de aquí podrán mostrar desinterés y apatía por conocer, llegando al aburrimiento en cualquier asignatura. La demostración de falta de compromiso con el desarrollo del estudiantes, se manifiesta por el exclusivo interés de los profesores por las notas más que por el desconocimiento de los alumnos.

Fernández, ahondando un poco más en el argumento de la responsabilidad de los profesionales, apunta a las perversiones del sistema. Enfatiza que, más allá de las características del alumnado, la densa cultura profesional e institucional es la que produce las cifras de fracaso y abandono escolar⁽¹⁴⁶⁾. El convencimiento excluyente de que “no todo el mundo vale para estudiar”, abunda en la tipificación y en la eugenesia escolar para diferenciar a los capaces de los incapaces⁽¹²³⁾. La tipificación del alumno ha sido, y es, algo consustancial a los sistemas escolares. Por ejemplo, etiquetas como imbéciles, desmotivados, disgregadores, inadaptados, holgazanes, deficientes, etc.⁽¹²²⁾, muestran la personalización de la exclusión y la estigmatización excluyente. Diego en nuestra investigación ha mostrado afirmaciones en esta misma línea. Lejos del desapasionamiento neutral o inclusivo, van cargadas de enjuiciamientos morales rellenos de prejuicios fundamentados en el desprecio, la repulsión, el rechazo y el asco⁽¹²³⁾. Tal categorización puede acompañarse, en el mejor de los casos, de políticas de apoyo y ayuda atentas a las diferencias. Aunque es más frecuente utilizarlas para estigmatizar y legitimar “la aplicación de mecanismos explícitos, o más sutiles, de marginación, pérdida de vínculos y relaciones con el orden establecido. Pueden hacerlo con tal grado de eficacia que las valoraciones, aspiraciones e imágenes emitidas sobre los alumnos terminen siendo interiorizadas y convertidas por ellos en representaciones y reacciones de autoexclusión”^(123. P. 54). No es aventurado pensar que muchos adolescentes con TC entran en estos derroteros, tal y como lo han expuesto y narrado en

sus relatos Mimosa, Margarita, Sabin o Rosa. Confirmando esta idea expuesta por estos autores, de considerarles incapaces para seguir un curso normal, recluyéndolos en espacios marginales que dejan intacto el orden escolar dominante. Se reduce así la presión del aula ordinaria y se continua ignorando a quienes plantean realidades y necesidades diferentes, con el propósito de garantizar efectivamente una buena educación, pero sólo para algunos estudiantes. Parece que hay una colisión de derechos en la que, de nuevo, se establecen las diferencias. A algunos profesores les aporta la tranquilidad de no tener un alumno disruptor en clase, que reviente la buena marcha de los contenidos cuando se aburre como un hongo. Y así se convencen de la necesidad de defender los derechos de los que pueden. Se implanta el fenómeno del chivo expiatorio para mantener un sistema viciado que se sirve a si mismo.

Las relaciones profesor-alumno exigen del profesional dejar de lado el interés por las notas como único indicador de los resultados. En la línea de la pedagogía de Pestolazzi (1746-1827), se propone adentrándose en el proceso y en las condiciones propicias para el buen resultado, el profesor se convierte en acompañante, apoyo, guía, animador de la voluntad del niño y promotor de conductas orientadas hacia la creación de la autodisciplina y autonomía⁽¹⁷³⁾. El reconocimiento y la educación de la inteligencia emocional, subraya este proceso. En él se busca retar al alumno, así como exige el compromiso ético de unirse en la búsqueda y el descubrimiento del conocimiento a través de lo ignorado. Muchos profesores están convencidos de esto y manifiestan la “posibilidad de aprender a razonar cuando se logra que el trabajo les guste a los alumnos. O la necesidad de trabajar el gusto por la asignatura”^(143. P.8)

Cuando se cierra cualquier vía para los no graduados en ESO⁽¹⁴⁶⁾, se aboca a los alumnos a una mayor desmotivación, apatía y sensación de fracaso. Es lo que Mimosa planteaba como “*estaba perdida*”. Los tres de cada diez alumnos mencionados que fracasan están obligados a abandonar, son expulsados del sistema, condenados a la exclusión.

Fracaso y abandono escolar no significan fracasar y abandonar el aprendizaje. Menos mal que estos adolescentes excluidos, generalmente la mayoría de quienes están diagnosticados de TC, doblemente estigmatizados, doblemente resilientes, no fracasan

ni abandonan el aprendizaje de la supervivencia a partir de la propia experiencia. El significado del sufrimiento en el que se mueven. Son protagonistas del influjo de la renuncia parental y experimentan nuevamente otra renuncia, la de muchos profesionales. Mimosa hablaba de las recomendaciones de la educadora social, respecto a la expulsión del domicilio familiar para prevenir supuestas perversiones. O la falta de apoyo, más allá de dar parte a los servicios de protección al menor.

Resulta chocante, por lo que supone de abandono, impotencia o rendición de los representantes del sistema. Pero también por lo que abunda en la sanción de un desahucio: el escolar. Desde planteamientos preventivos, la buena intención de las respuestas tardías, colisionan con dificultades casi insuperables⁽¹²²⁾. Cabe preguntarse, ¿qué ha ocurrido hasta llegar a este momento? ¿Qué han hecho los profesionales? ¿Quién y cómo han intervenido? Es lo que Escudero y cols.⁽¹²³⁾ reflejan en sus múltiples ¿cómo y por qué? La reflexión de Fernández⁽¹⁴⁶⁾ a partir de las cifras PISA y del Ministerio de Educación Cultura y Deporte en el año 2012, lo dejan bastante claro. Por ejemplo, a pesar del influjo económico en tanto indicador de la clase social, éste es menor sobre el rendimiento académico que la influencia de la cultura. Sumando déficits familiares y escolares, el problema puede ser insalvable.

La experiencia vivida por estos adolescentes, les da argumentos necesarios y suficientes para completar su aprendizaje. Con él modifican algunos conceptos centrales en su vida, tales como paternidad y maternidad, familia, responsabilidad, ayuda, independencia, esfuerzo, colaboración, respeto, ... Estos conceptos les han generado conflictos cognitivos durante mucho tiempo, por el significado social existente, su experiencia al respecto y las condiciones derivadas a las que se han adaptado. Una vez encontrado el sentido del sufrimiento (estado emocional condicionante del desempeño intelectual y cognitivo), el aprendizaje se vuelve mucho más rápido. Este aprendizaje es inductivo. Aprenden a partir de la acción, de las imágenes y de los símbolos. Es decir, con lo percibido establecen una serie de representaciones mentales de lo experimentado, actualizando lo visto e incorporándolo en su comportamiento según su interpretación. Con todo ello manejan símbolos y conceptos para concluir el aprendizaje⁽¹⁷⁴⁾.

Si consideramos el autoconcepto como la interiorización de la imagen social transmitida a partir de interacciones con el contexto y los agentes sociales. Se convierte en un aspecto fundamental la aceptación o el rechazo de los otros, cuando estos son significativos. Existe un modelo jerárquico y multifactorial del autoconcepto⁽¹⁶⁹⁾, constituido por un factor general y varios específicos, entre los que está el autoconcepto académico. Este resulta fundamental en el FE y abunda en la experiencia que han relatado los adolescentes con TC. Lozano recoge cómo el autoconcepto académico se constituye desde el principio de la educación infantil, a partir del contacto con los pares, de la actitud y las expectativas de los profesores. Por otro lado, el autoconcepto académico influye en el rendimiento global del alumno y es un factor protector del FE⁽¹⁶⁹⁾.

Respecto a la influencia del profesor sobre el rendimiento del alumno, destacan la relación profesor-alumno mediatizada por la atribución del profesor sobre el mal rendimiento del alumno y el estatus sociométrico del alumno. Los alumnos con FE son los más rechazados por el grupo-clase⁽¹⁶⁹⁾ y suelen ser aquellos etiquetados de TC. La autoestima como fundamento para conseguir el bienestar psicológico y una vida plena, parte de la influencia que sobre ella ejercen las personas del entorno del niño y del adolescente. Sobre todo durante la infancia. Por un lado incluyen las pautas educativas familiares⁽¹⁷⁴⁾. Por otro lado en el medio escolar la importancia de los maestros y profesores; en concreto la autoestima del profesor, su utilización de refuerzos sociales hacia los alumnos y las expectativas que transmite en forma de evaluaciones y enjuiciamientos hacia los alumnos. Los experimentos con el llamado “Efecto Pygmalion” de Rosenthal y Jacobson⁽¹⁷⁵⁾, demuestran como tales expectativas impactan sobre el rendimiento académico y la socialización de los alumnos. Tales conclusiones parece que siguen vigentes en la actualidad^(176, 76).

Una investigación⁽¹⁶⁹⁾ establece como el FE se puede predecir a partir de aspectos afectivo-motivacionales, presenten también en los adolescentes de nuestro estudio, casi todos repetidores respecto a la medida de repetir curso. Así, cuanto más repite curso un alumno, mayor es su empeoramiento en el rendimiento académico, influyendo en la motivación y en el entorno académico, contrariamente a lo que cabría esperar. Es decir, repetir curso no es una oportunidad para aprender más y mejor. Además, esta práctica

tiene unos costes y unos efectos a los que parecen insensibles los profesores que tampoco suelen tener en cuenta esa situación para el mejor interés del alumno, sino para cubrir primariamente los contenidos curriculares prescriptivos e iguales para todos⁽¹¹⁸⁾. Sin embargo en España, el abuso de la figura punitiva de la repetición de curso, se triplica la tasa del conjunto de la Unión Europea, en secundaria a los 15 años (31,9 frente al 10,9), de forma tal que el 40% de los alumnos llevan un año de retraso, o más, en cuarto de la ESO^(146. P.32). No es raro pues que el entorno académico y la motivación académica empeora con el aumento de edad del alumno, llegando a manifestar que reciben menor apoyo social. Se culpan más por los aspectos negativos de su vida y sienten que su futuro depende menos de sus estudios⁽¹⁶⁹⁾. Parece pues que el FE persiste al haberse estancado el propósito de reducirlo⁽¹²³⁾.

Recurrir al imperativo legal curricular, deja de lado muchas cosas. Entre otras, la libertad y la creatividad. Con ellas, cada profesor puede planificar los contenidos y las metodologías a utilizar, haciéndolos más o menos sugerentes, amenos y divertidos. Es una forma de innovar la manera de impartir los contenidos. Es necesario también recordar que la sostenibilidad de la atención, implicación y cooperación de los alumnos es el sentido de la sostenibilidad de la disciplina. No al revés.

Al fin y al cabo, el mantenimiento del fenómeno del FE apunta hacia una imagen cínica y paradójica de la igualdad. Me explico. La imagen es cínica en el sentido de permitir el acceso a la educación (obligatoria en cuanto a la presencia), sin garantizar las demás condiciones para que no se de la desadaptación. O que cuando se da, las respuestas para su afrontamiento pasan por la segregación y el estigma. Y paradójica, porque a partir de un derecho básico tal y como se ejerce se provoca la desigualdad, justificada en la libertad de no haber sabido o querido aprovechar la oportunidad dada, frente a los más capacitados y al cumplimiento de los niveles mínimos exigibles. Se olvida en este apartado, que los más capacitados sólo se dedican a estudiar. Los adolescentes con TC, como se ha visto, tienen otras ocupaciones afectivo-motivacionales que no se están considerando. Esto es también un hecho diferencial importante. Que todos participen, pero que sólo unos pocos lleguen, es la lógica de la personalización del FE⁽¹²²⁾.

En los adolescentes con TC el sufrimiento procede de la interacción con su realidad, de la vida que les ha tocado. Es una realidad conflictiva en la que el reclamo de los derechos personales copa toda la atención y esconde las obligaciones. En esta vida todos participan para provocar, incrementar, apaciguar o desatarlo. Por eso, las miradas a un solo factor, resultan reduccionistas. Aprender a vivir con el sufrimiento y tolerarlo exige reconocerlo como factor de avance y superación. Afrontarlo en sí mismo ayuda a desvelar los elementos que lo conforman y lo provocan y posibilita, igualmente poner en marcha estrategias y habilidades encaminadas a suavizarlo y poderlo superar. Pero es necesario en este proceso reconocer el esfuerzo que debe hacer el propio interesado, el adolescente con TC, respecto a las responsabilidades y obligaciones que debe asumir forzosamente para poder progresar en la realidad de los problemas ingentes que surgen en el desempeño de los deberes propios de la experiencia concreta.

Desentenderse de esta realidad resulta tan alienante y nihilista como caer en el extremo del idealismo ingenuo, irresponsable y paradójico de entender que cada cual puede hacer lo que realmente quiera o se proponga, sin ver la red que constituye el entramado social en el que se desarrolla. Sobre todo cuando la edad y la falta de orientación en el esfuerzo, el hábito, la insistencia y el error como oportunidad de mejora, entre otros, influyen en la formación de estos planteamientos.

La visión y el encuentro de soluciones requiere saber mirar los problemas desde distintas ópticas. Cuando se mira la realidad desde planteamientos minimizadores, déspotas, paternalistas o prepotentes, se ven soluciones en este mismo sentido. Al fin y al cabo, las visiones sobre las perspectivas ajenas de quienes, no quieren valorar las experiencias personales que justifican las formas de actuar, plantean la falta de acuerdos. Es así como las distintas estadísticas empiezan a manipularse en función de opciones políticas o ideológicas que no quieren mirar al problema de frente. Apuntaba al principio como el FE es un término ambiguo. Sin embargo, a partir de la lectura de las estadísticas oficiales es posible ver cómo se puede llegar a invisibilizar un problema, desatendiendo a cuantos están implicados en ella, dejando de ver cantidades importantes al diferenciar entre conceptos tales como “fracaso directo” o “fracaso bruto”. Esta “tendencia malsana” para disminuir la tasa de FE, busca sólo la confusión de la superficialidad de la buena imagen, “bruta” también en este caso. Maquillar las

estadísticas no es solucionar la realidad en la que viven los niños y adolescentes que no llegan a matricularse en 4º de la ESO y abandonan prematuramente la escuela.^(170. P.56). Con ella no se solucionan problemas, pero es la solución mediocre de muchos políticos y gestores que vivir de espaldas al sufrimiento de la realidad, generalmente de los otros por quienes deciden. En España hay muchos ejemplos que así lo atestiguan. Nuestros adolescentes han puesto de manifiesto estas deficiencias.

Las profesiones de servicio se ocupan de las necesidades reales de los demás, sobre todo cuando la atención es directa, íntima y mantenida. Sin embargo, muchas de las investigaciones aquí mencionadas parecen poner de manifiesto que es necesario hacer un poco más e implicarse otro poco. En este sentido mirar para ver es también necesario para poder gestionar. Es decir, conocer cómo y por qué se producen las realidades sobre las que se implanta el orden y la dirección necesarios para lograr el fin planteado y que éste resulte productivo al bien común.

Tras todo el entramado de cifras y estadísticas, ocultas y desveladas en su lectura, cabe un mensaje optimista. Se fundamenta en la existencia de centros y profesionales, volcados con su implicación, en la realización de buenas prácticas para lograr aminorar significativamente el número de estudiantes en riesgo. Estas buenas prácticas son parte de una solución que “marcan una diferencia positiva en la vida de los alumnos”^(170. P.74). Aunque suene a repetitivo, es necesario insistir y seguir insistiendo en el apoyo de los niños y adolescentes para que adquieran las competencias básicas y claves para que no se vea degradada su condición de ciudadanía. Si una democracia no puede garantizar la cumplimentación de estos requisitos, la libertad, la igualdad, la justicia se ven mermadas y entonces, la democracia es menos y es para menos. Parece que estos conceptos están también en crisis; a veces incluso, su significado se desdibuja. Las repercusiones más directas sobre la vida dejan al descubierto una realidad de sufrimiento.

Se ha hablado de los profesionales de la educación, pero los de la salud son equiparables respecto a la responsabilidad demostrada en la atención y la posibilidad de suavizar el sufrimiento ajeno. Esta responsabilidad está referida a la preparación profesional para afrontar el sufrimiento de las personas a las que se atiende y provocado

por la falta de salud, o pérdida de la misma. También la responsabilidad en la producción o incremento de tal sufrimiento a partir de la interacción establecida durante la atención prestada, referida al hecho de saber, saber hacer, querer hacer y hacerlo realmente o del enfoque de responsabilidad profesional desde la que se posiciona cada uno.

5.2.3. PROFESIONALES DE LA SALUD

El DSM-IV⁽⁶³⁾ señala dos subtipos de TC en función de la edad de aparición, el de inicio infantil, antes de los 10 años, y con posterioridad, el de inicio adolescente o juvenil. En la presente investigación ha quedado identificada la edad de 10 años, como el momento de eclosión de un trastorno que se ha ido gestando durante una infancia con experiencias de ausencias y desatención, así como sentimientos de intensa soledad en momentos destinados al acompañamiento con la finalidad de proteger, cuidar e instruir. En la presente investigación se ha podido contrastar cómo la edad de 10 años es el momento identificado por los adolescentes como la frontera crítica, el “a partir de ahí” del inicio de las dificultades de adaptación a su entorno.

Siguiendo con las clasificaciones fundamentadas en la edad, a partir de lo aprendido de los discursos de los adolescentes con TC, coincido con el planteamiento de que recogido en Frick y Ellis⁽⁷³⁾ respecto al TC con inicio en la infancia. Según este autor, generalmente implica la yuxtaposición de un niño vulnerable y de temperamento difícil, en un contexto de crecimiento adverso que inicia un proceso transaccional con sus padres. La transacción se basa en un encadenamiento de encuentros fallidos entre los padres y el hijo, en el desafío de hacer frente a un niño difícil, que se descolgará de la posibilidad de adquirir y practicar patrones de conducta pro-social, que les lleva a estar atrapados en una vida transgresora, que puede tener consecuencias nefastas⁽⁷³⁾, como lo demuestra el TC con que se les etiqueta. Tales reacciones del niño se pueden entender desde los planteamientos de la indefensión aprendida y el sufrimiento acompañante. Como ya se ha mencionado en la exposición de los resultados, es la forma de aprender en la infancia a sentirse impotentes y susceptibles al abuso. Pero a medida que soportan

durante más tiempo los abusos de sus pares, aprenden poco a poco a cambiar el signo de sus interacciones, utilizando la defensa más primitiva: la agresividad para defenderse de los demás en forma de peleas. Es su forma de resistir.

Algunos discursos de los adolescentes participantes también han mostrado desacuerdo con lo planteado en las investigaciones recogidas por Frick y Ellis⁽⁷³⁾ respecto a la orientación de estos niños que se inician tempranamente en el TC, hacia la conducta antisocial. Al contrario, han mostrado que con proximidad afectiva de algún adulto referente, y comunicación orientadora y empática que les sirva de apoyo, han podido normalizar su vida, aceptando e implicándose constructivamente en la realidad de su entorno, superada la barrera de la adolescencia. Esta interpretación es también coincidente con las narrativas de los adolescentes sobre la evolución que han seguido y con algunas investigaciones suecas^(15, 56, 164). Es decir, en lugar de quedarse en la práctica de la crueldad especificada por aquellos⁽⁷³⁾, avanzan en su proceso cuando las condiciones de su entorno resultan favorables y encuentran personas en las que apoyarse y con las cuales aprenden alternativas de afrontamiento diferentes. Estos son los amigos, parejas, profesionales, ... Para que la superación se de, parece necesario el apoyo y el acompañamiento.

Existen ejemplos y casuística que ponen en evidencia la realidad confusa respecto a la identificación del sufrimiento, tanto como a su atención. Borrell⁽¹⁷⁷⁾ lo pone de manifiesto al hablar de los malos hábitos existentes en la relación asistencial con los pacientes, cuando habla de la dispatía. Por su lado Kleinman⁽⁴²⁾ plantea la ya clásica diferencia entre *disease*, *illness* y *sickness*, desglosando el sufrimiento a partir de las enfermedades, entendidas como trastornos, la perspectiva de quien lo experimenta y la construcción social de las mismas. En esta diferenciación documenta una intuición ampliamente extendida pero no del todo atendida y justificada desde “algo hay que hacer”. Se refiere al agravamiento de una enfermedad a partir de un tratamiento técnicamente correcto y útil, cuyo resultado es más dolor y sufrimiento. Avanzando en su planteamiento, sustenta la salud global⁽⁴⁸⁾ como una disciplina entre las ciencias sociales y las naturales. Se apuntala en cuatro teorías sociales que resultan clave para entender muchos comportamientos que se dan en el mundo de la salud y entre sus profesionales. Una de ellas es la teoría del sufrimiento social y las implicaciones en que

deriva, incide en la confusión emergente entre lo que es un problema de salud y un problema social que requiere la formulación conjunta de políticas sociales y políticas de salud. El TC puede entenderse también mirándolo a través de la complejidad de este prisma.

El planteamiento de Speraw recoge, a partir de narraciones de las personas con desfiguración o incapacidad, a veces sin carencia de inteligencia, pero incluso con ella, sus necesidades⁽¹⁷⁸⁾. Son personas con necesidades de cuidados de enfermería intensos y especiales, pero no por ello incapacitadas para pensar y opinar sobre su vida y el mundo en el que viven. Son relatos que dejan a menudo mucho que desear sobre las relaciones interpersonales profesionales. En la exposición de una historia de vida de una adolescente con necesidades especiales, pone de manifiesto las cicatrices emocionales que aportan el recuerdo almacenado de los momentos en que esa persona lo pasó mal a partir de la relación con el personal de enfermería durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. El dolor físico termina por olvidarse; la persistencia del recuerdo de haberlo “Pasado Mal” pervive en la memoria y marca emocionalmente. La forma de cosificar y rutinizar a la persona y a su realidad exclusiva y única; las conversaciones de las profesionales, alejadas de la concentración del cuidado que están dando o los comentarios que desprecian las quejas de dolor físico ante las curas⁽¹⁷⁹⁾. En este sentido, comparto con Speraw⁽¹⁷⁸⁾ la diferencia respecto al objetivo de la calidad de los cuidados. Para algunos es conseguir y/o mantener la funcionalidad de la vida. Otros consideran insuficiente este criterio e incluyen criterios emocionales y éticos, tales como el respeto y la consideración de las personas a las que se atiende, intentando curar, pero sobre todo cuidar.

La despersonalización, la exclusión, segregación, pérdida de derechos de las personas con enfermedad mental por los propios profesionales es también puesto de manifiesto en distintas investigaciones⁽¹⁸⁰⁾. Se puede considerar como “el segundo sufrimiento”, al añadir al previo el nuevo, a veces rayano con el maltrato. Bueno, esto puede parecerle a alguien un tanto excesivo; lo cierto es que se aleja del cuidado humanizado.

Desde el enfoque de la psicoterapia, el planteamiento de Miller⁽¹⁸¹⁾ apunta hacia la inexistencia de una psicología del sufrimiento y la conversión del sufrimiento en

trastorno o enfermedad producido por la psique, la mente o el entorno donde se desarrolla la persona. Se desconsidera como proceso natural y normal a partir de relaciones interpersonales, crisis o decisiones complejas, en tanto proceso humano universal e ineludible. El sufrimiento está desapareciendo de manuales (DSM o CIE) y dando paso a su “patologización”. Ahora en lugar de hablar de sufrimiento se habla de enfermedades o trastornos, hecho que da lugar al surgimiento de una boyante industria de la salud mental, socio-culturalmente autorizada para atenderlas. En otros manuales como la taxonomía de los diagnósticos NANDA⁽⁵⁴⁾, específicos del proceso de atención de Enfermería, como se ha especificado anteriormente, el sufrimiento espiritual⁽⁵³⁾ se cita desde la primera taxonomía, surgiendo en la última edición otra forma de sufrimiento, el moral⁽¹¹⁾. Pero ninguna de estas etiquetas completa el significado que han aportado los adolescentes. Su sufrimiento cuenta con muchas posibilidades diagnósticas desde un planteamiento de Enfermería.

El sufrimiento, sin embargo, no es una característica que sea estable en la experiencia; es un estado que ocurre en momentos concretos y situaciones determinadas. En este sentido, coincido con aquellas investigaciones^(14, 56, 165) que subrayan el sufrimiento como característica inherente a la vida humana, con muchas facetas, múltiples características pero sin una forma unívoca de identificarlo o entenderlo⁽³⁰⁾. Y así, cada persona está abocada a adaptarse a lo que tiene, a lo que le toca vivir. Cuando no lo hace, surgen los problemas por una añoranza de lo que se carece. En el caso que nos ocupa, los adolescentes con TC, de niños que empiezan a ser conscientes de su problema en torno a los 10 años. Ellos quieren a sus padres y se revuelven cuando no pueden estar con ellos, como cualquier niño. Incluso más allá de tener cosas, prefieren estar con sus padres, en primer lugar. Luego las demás cosas vienen por añadidura, en una especie de escalafón de preferencias.

En este sentido, se ha expuesto cómo estos adolescentes son capaces de hacerse conscientes de su sufrimiento y lo han entendido como un proceso útil en el transcurso de su maduración. Posiblemente lo sean, a partir del contacto con los profesionales de los cuidados de salud mental. Este hallazgo coincide con la investigación realizada por Perseus y cols.⁽³⁰⁾, quienes destacan cómo el contacto con los profesionales de la salud, es útil para aliviar el sufrimiento cuando son capaces de establecer comprensión, respeto

y validación del sufrimiento. Coincide también con las conclusiones de Fredriksson y Eriksson⁽¹⁴⁾ sobre el apoyo y acompañamiento necesario durante el proceso de reflexión tras darse cuenta de su realidad y avanzan en su entendimiento a través de las narrativas de sus historias.

5.2.3.1. ADOLESCENTES CON TC Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la valoración las enfermeras se identifican los datos utilizando el juicio clínico; su juicio profesional. Los objetivos de las enfermeras incluyen determinar la respuesta de un paciente a un problema de salud, o qué intervenciones serían más útiles para mejorarlo. Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de la valoración realizada para guiar a las enfermeras en las siguientes fases del ciclo citado. En los diagnósticos de enfermería se reemplazan la multiplicidad de actitudes, síntomas o signos observados por una interpretación de los datos que se convierten en una etiqueta⁽⁵⁴⁾. Así, el diagnóstico de Enfermería es una parte del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con la que se establece el hecho diferencial de la disciplina enfermera, su utilización en las actividades independientes, convirtiéndose en una referencia de calidad de la práctica⁽¹⁸²⁾. Es la competencia que da identidad y especificidad a la disciplina Enfermería como ciencia aplicada.

El PAE como sistematización de los cuidados de Enfermería, es una potente herramienta para afianzarse en la identidad de la epistemología enfermera, caracterizando la práctica y la autonomía profesional. Es el proceso que describe cómo las enfermeras organizan el cuidado de las personas. Es cíclico e incluye cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, implantación y evaluación. Con él se garantiza la seguridad del paciente o usuario, el desarrollo de métodos y metodologías interdisciplinarios y humanizados del cuidado. También facilita el registro y la recuperación de datos para analizar la calidad asistencial, el control de costos y las auditorías. Sin embargo, la complejidad a la hora de aplicarlo en la práctica, conduce al riesgo de dejarla de utilizar y entonces el profesional de enfermería queda a merced de las indicaciones de otras disciplinas. De esta forma la disciplina enfermera es como pasa a considerarse como disciplina complementaria de la hegemonía médica, siendo como

así es reconocida socialmente^(183, 184). Las enfermeras como ayudantes de los médicos. La responsabilidad de afirmaciones o imágenes que así representan la percepción social de las enfermeras, se puede atribuir a la visibilidad de las enfermeras en la satisfacción global de los pacientes y usuarios con el sistema sanitario. Pero también como el alejamiento entre la teoría y la práctica y viceversa. Es importante considerar que ambas muestran una distancia resoluble con implicación de todos los profesionales. Los de la práctica acercándose a la teorías originaria y los de la teoría aplicándola a la práctica. Ambos profesionales, los de la teoría y los de la practica, pueden y deben, analizar la realidad que a los alumnos les toca lidiar y ofertando el asesoramiento, apoyo y acompañamiento necesario y suficiente para garantizar un aprendizaje real. Por su parte los profesionales pueden "aprovechar" la frescura de los conocimientos teóricos de los alumnos para contrastar in situ sus enfoques y aproximándose a la teoría de esta forma, poder mejorar la práctica.

El riesgo de la interpretación a la hora de hacer diagnósticos es la posibilidad de cometer errores; esto no es exclusivo de las enfermeras. Para desarrollar la competencia diagnóstica es necesario desarrollar competencias intelectuales, interpersonales y técnicas, así como desarrollar fortalezas personales tales como la tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva⁽⁵⁴⁾.

La competencia intelectual incluye:

- Habilidades intelectuales para conocer los diagnósticos enfermeros como los procesos mentales para usar ese conocimiento. Las enfermeras han de conocer, no memorizar, los diagnósticos, sus definiciones y características definitorias, sobre todo los comunes a la población con la que trabajan. Han de saber cómo acceder a la información que precisan y disponer de estos recursos cuando sea necesario.
- Habilidades para pensar y romper con la tradición de hacer lo que otros dicen. Así se requiere poner en marcha el pensamiento crítico, a través del análisis, el razonamiento con lógico, la aplicación de los estándares, la búsqueda del contraste y la confirmación de las interpretaciones.

La competencia interpersonal se fundamenta en la comunicación interpersonal, la atención, el respeto y la escucha activa y útil con los pacientes. Se enfoca a la

generación de confianza con los pacientes y comuniquen sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales⁽⁵⁴⁾. Esta competencia humaniza la asistencia cuando contempla, además de la práctica basada en la evidencia y la utilización de tecnologías, la tecnología de la comunicación que conforman las habilidades terapéuticas de las enfermeras.

La competencia técnica para realizar la valoración enfermera, obteniendo datos fiables y válidos para llegar a realizar diagnósticos enfermeros precisos. Una guía válida para las enfermeras es la de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon; otra la de las Necesidades Humanas Fundamentales de Henderson. En nuestro medio las más conocidas y utilizadas⁽⁵⁴⁾.

La tolerancia a la ambigüedad ante la ingente cantidad de factores que influyen en el entorno clínico: la política del centro, la distribución de funciones, la descripción del puesto de trabajo, el alcance de la práctica, los estándares de cuidados establecidos o los recursos disponibles⁽⁵⁴⁾. Por otro lado, como el foco de atención son las respuestas o las experiencias de las personas, no la enfermedad en sí misma, la diversidad de respuestas y actitudes añade complejidad al proceso. La ambigüedad implica inseguridad y, por tanto miedo. Mucho más cuando en el mundo de la clínica el diagnóstico hegemónico es el médico y parece que utilizar otros diagnósticos desde otros enfoques es entrar en la competición, que no competencia, de “el mío mejor”. Este punto de vista nos lleva al error porque parte del mismo. Cada disciplina tiene su punto de mira y su ajuste de enfoque desde el que abarcar la realidad. En el ámbito de la salud, en este país, esto aún no ha calado. Prueba de ello lo dan los artículos de opinión en los que es necesario defender el planteamiento Enfermería y a las enfermeras⁽¹⁸⁵⁻¹⁸⁹⁾.

La práctica reflexiva en tanto que juicio crítico, ahonda en el autoanálisis y autocrítica necesarios y sanos para el desarrollo adecuado y el oportuno crecimiento del juicio clínico. Es importante recordar que trabajamos con personas, de ahí su extrema importancia.

Los adolescentes diagnosticados de TC y participantes en este estudio han mostrado habilidades de cuestionamiento, estrategias de ensayo y equivocación, capacidad para aprender a través del autoanálisis y la autocritica que les aporta una retroalimentación necesaria, importante e interesante. Estos adolescentes suelen ser un grupo, etiquetados como no pensadores o poco reflexivos, argumentado con frases como “pensar les duele”. Sin embargo, la evidencia nos ha mostrado lo contrario, su intensa e inmensa capacidad de reflexión, posiblemente igual que la de cualquier adolescente considerado “normal” en la comparativa que se establece. A estos, los que llevan una etiqueta, les ha tocado pensar, a veces mucho más y casi siempre, mucho antes que al resto, porque han estado “condenados a sobrevivir” solos desde los primeros momentos de su vida.

Contactar con el sufrimiento supone concienciarse del mismo para afrontarlo, muchas veces intentando evitarlo, huyendo de afrontarlo y continuar en el territorio inhóspito del trastorno de conducta. O dolerse en distintas expresiones siempre que lo aquejan. También resistirlo, utilizando distintas estrategias, para poder llegar a superarlo. Pero afrontarlo implica utilizar el pensamiento heurístico, para indagar, explorar y descubrir otras posibilidades. Con ellas se posibilita poderlo afrontar, analizar y ‘detenerse’ a resistir para volver a analizar e introducir los cambios oportunos en sus actuaciones. De esta forma, requieren establecer en su vida una espiral autoanalítica con la que poder contrastar toda su experiencia. Gráficamente, se puede representar como una doble espiral en la que el autoanálisis es permanente.

Figura 10. Espiral autoanalítica de la conducta humana



Su capacidad de pensar se encauza, está orientada, supervisada y dirigida, seguramente por los profesionales que se han convertido en parte de su contexto, supliendo, a veces, la renuncia parental y, con ello, modificando su entorno y su realidad. Seguro que muchas veces también cometiendo errores, susceptibles de analizar y subsanar a la luz de sus palabras. La modificación posibilita en cierta forma suplir la vulnerabilidad de su indefensión y, con ella, permitir normalizar la vida de estos adolescentes. O visto desde otro punto de vista, humanizar su realidad.

A partir de esas capacidades, pueden paliar el sufrimiento. Tal y como hemos visto enlazarse las distintas categorías, utilizando diferentes tácticas en un proceso que parece evolutivo. Esta evolución determinará acabar aprendiendo a soportar el sufrimiento, como representación de un estado emocional, de tonalidad desagradable. O, por el contrario, utilizar cualquiera de las otras artimañas y seguir huyendo de su realidad. Esta idea está expuesta en otras investigaciones sobre el sufrimiento^(14, 56, 165) estableciéndose toda una estructura defensiva que pone de manifiesto el miedo, la inseguridad, la ira y el rencor utilizados para alejar y romper las relaciones interpersonales cuando son próximas y han resultado problemáticas.

Cuando los adolescentes están ingresados, modificar algunos aprendizajes suele ser fácil, porque el entorno lo posibilita y lo permite. Pero poderlo generalizar requiere también un cambio por parte de la familia, tanto en el caso de los más desprotegidos como de los sobreprotegidos. Las enfermeras hacen todo esto a partir de “su” PAE. Este proceso es el que aporta la identidad y la independencia disciplinar⁽⁵⁴⁾.

El proceso en el que podemos unificar lo expuesto se ha denominado DEMOS INTERÉS A LA ADOLESCENCIA, (Diálogo, Expresión, Mostrar Interés, Adolescentes) consistente en las siguientes fases en las que hemos propuesto algunos diagnósticos de enfermería.

- 1ª. Disposición para dialogar con el adolescente. Es necesario establecer diálogo para conocer las posiciones en las que se mueven. También resulta útil para aclarar sus dudas, reconocer el sufrimiento mutuo y los factores que han contribuido al mismo, la importancia afectiva que tienen en el contexto y las obligaciones respecto al cumplimiento de sus cometidos personales, familiares y sociales en forma de tareas y actividades. En esta disposición se trabaja con los padres, aportando algunas habilidades comunicativas que serán ejemplificadas por las enfermeras, como ensayos de conducta que serán luego debatidos entre todos. Los argumentos básicos son la escucha y el respeto.

Los diagnósticos de enfermería a trabajar, entre otros son:

- 1.1. [D5 Percepción; C4 Conocimientos deficientes (00126). Caracterizados con comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de instrucciones y comportamientos inapropiados. Relacionados con mala interpretación de la información y falta de expresión.
- 1.2. [D5 Percepción; C5 Comunicación] Disposición para mejorar la comunicación (00157). Caracterizado por la expresión de sentimientos, la expresión de satisfacción con la capacidad para compartir ideas e información

con los demás, expresión de pensamientos, la interpretación adecuada de claves verbales y no verbales.

2ª. Expresión y exploración narrada de las experiencias concretas que han dado lugar a la situación actual de excesos (hostilidad y/o violencia), tanto como a las emociones acompañantes que se dejaron de expresar cuando el miedo dejó campo libre a la ira. El recuerdo está modificado por la emoción y se adapta a ella. En este proceso de escucha y exploración,

2.1. [D5 Percepción; C4 Cognición] Control de impulsos ineficaz (00222).
Caracterizado por irritabilidad, arrebatos de mal genio o violencia y búsqueda de sensaciones. Relacionado con ira, negación, desesperanza, abuso de sustancias, baja autoestima crónica.

3ª. Análisis reflexivo que avanza en la elaboración de sentimientos, más pensados, reconocidos y menos reactivos, para poder llegar a un intercambio de perspectivas.

3.1. [D6 Autopercepción; C2 Autoestima] Baja autoestima crónica (00119).
Caracterizado por dependencia a las opiniones de los demás, búsqueda excesiva de reafirmación, frecuente falta de éxito en los acontecimientos vitales, conducta no asertiva, conformista, pasivo, expresa sentimientos de culpa y vergüenza. Relacionado con falta de afecto, falta de aprobación, percepción de discrepancias entre el yo y las normas culturales y espirituales, percepción de falta de pertenencia y falta de respeto por parte de otros.

4ª. INTERES. Es el Intercambio reflexivo de subjetividades, exponiendo de nuevo las distintas situaciones, cediendo la hostilidad e incorporando una autocrítica analizada. El relato del “recuerdo” se irá adaptando a la combinación de las subjetividades.

4.1. [D 7 Rol/Relaciones; C 2. Relaciones familiares] Interrupción de los procesos familiares disfuncionales (00060). Caracterizado por evitación de conflicto, comunicación contradictoria, crítica, negación de los problemas, incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales y de seguridad de sus miembros, mentiras, manipulación y luchas de poder. Relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas, antecedentes familiares de abuso de sustancias, falta de habilidades para la solución de problemas.

5ª. Comprensión mutua de la trayectoria de sufrimiento, de posiciones y emociones por parte de los padres y del adolescente. Hay un reconocimiento de la expresión emocional desadaptada, propia del TC que desemboca en el claro enfrentamiento y la ruptura, inicial y aparentemente, definitiva e insalvable.

5.1. [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento] Ansiedad (00146). Caracterizado por insomnio, nerviosismo, inquietud, angustia, desquiciamiento, disminución de la habilidad para aprender y solucionar problemas, deterioro de la atención, tendencia a culpar a otros. Relacionado con asociación familiar, abuso de sustancias, necesidades no satisfechas.

5.2 [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento] Impotencia (00125). Caracterizado por expresión de dudas sobre el desempeño del rol y vergüenza. Relacionado con interacciones interpersonales no satisfactorias.

5.3. [D 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés; C 2 Respuestas de afrontamiento]. Disposición para mejorar el poder (00187). Caracterizado por expresiones de disposición para mejorar:

- La libertad de realizar acciones para el cambio.
- La identificación de elecciones que puede realizar para el cambio.
- Implicación para crear el cambio.
- Los conocimientos para la participación en el cambio.

Esta es una pequeña muestra de lo que las enfermeras pueden hacer a partir de la detección de los problemas, etiquetados en forma de diagnósticos de enfermería. Cada una de estas etiquetas diagnósticas llevan asociadas una clasificación de resultados (NOC) y otra de intervenciones (NIC). La implantación de estos cuidados es interesante. Queda poderlos poner en marcha para después, medir su impacto. Esto también es otra futura investigación posible.

Tener hijos supone una gran responsabilidad y queda patente en las expresiones de los adolescentes, cuando se les escucha en sus planteamientos. Exige, además de deseo auténtico, competencia para prestarles atención, paciencia para dedicarles cuidados y tiempo exclusivos. Con ellos se conforma el lazo afectivo que se basa en la demostración de interés y cariño para jugar con ellos cuando son pequeños, como ellos quieren. Mejor, como ellos necesitan, compartiendo juegos porque con estos aprenden, desde la simbología, a diferenciar, a construir, a elegir, a negociar, a tolerar, a ceder, a perder y a pactar. Pero con alguien que les de réplica. Hablar y dialogar, estableciendo la confianza para que cuenten sus dudas, temores y preocupaciones. Pero exigiendo la responsabilidad cuando no cumplen con lo previamente establecido, sus obligaciones. Esto ayuda a establecer el respeto y el aprendizaje de la diferencia necesaria entre las figuras parentales y las amistades. Y aprender esta diferencia es fundamental.

En este sentido, huelga decir una vez más que la mejor medida para curar un problema es, que éste no aparezca, o no se desarrolle una vez ha aparecido. Esto significa la importancia de insistir e insistir para poner en marcha programas preventivos. El trastorno de conducta se ha visto que es un problema en aumento, que cuenta con escasos recursos de afrontamiento. Sin embargo, uno de los recursos más productivos se está perdiendo, las enfermeras. Hemos visto la edad temprana en la que suele “eclosionar” el trastorno. Como si de una enfermedad infecciosa se tratara y durante los diez años previos hubiera estado “incubándose”. Es cierto que muchos niños acuden a los dispositivos de salud mental, pero también es cierto que en estos centros, en el País Vasco, no existen enfermeras que les puedan atender.

Las enfermeras en las consultas de pediatría pueden empezar a hacer algo ante estos problemas. Por ejemplo, orientar a los padres y madres hacia los cambios de atención, unas veces deficiente y otras exagerada. Pero sobre todo en la atención a determinadas conductas y expresiones emocionales que ponen de manifiesto la existencia del sufrimiento cotidiano⁽¹²⁰⁾. También pueden orientar en lecturas posibles respecto a técnicas concretas y sencillas de modificación de la conducta, haciendo un seguimiento de los problemas que surgen o las dificultades que se afrontan. Sirvan de ejemplo algunas referencias como “Mi niño no me come”, “Duérmete niño”, “El no también ayuda a crecer” o “Asesoramiento familiar de educación infantil”. Para esto también es necesaria la formación. Ésta si pueden hacerla las enfermeras de salud mental, y llegar a los padres a través de las otras enfermeras. No se trata de tirar balones fuera, sino de intentar implicar a todas las enfermeras en el proceso de promoción de la salud, tan proclamado, pero tan obviado en lo que respecta a la salud mental, o psicosocial.

Las enfermeras de salud mental lo tienen más difícil para contactar con los padres de los niños menores de 10 años. En las unidades de psiquiatría infanto-juvenil extrahospitalarias donde se atiende a estos niños, al menos en el País Vasco, no hay enfermeras. El equipo multidisciplinar es un poco más pequeño. Cuando llegan a las unidades de ingreso, el trastorno es ya una realidad. De aquí la importancia de demostrar porqué son necesarias las enfermeras y qué es lo que pueden hacer. Se expondrán algunos argumentos profesionales para justificar porqué las enfermeras deben formar parte de estos equipos y abogando para que estos equipos tengan un funcionamiento interdisciplinar, más que multidisciplinar.

Una de las actividades permanentes de las enfermeras en los hospitales es dar respuesta inmediata a las necesidades de los usuarios, necesidades que abarcan desde cuestionamientos logísticos, interrogatorios, intervenciones básicas, y complejas, trámites administrativos, disposición de recursos, ... Etc⁽¹⁹⁰⁾. Es una forma de afianzar y mostrar la identidad a la población a la que se atiende. Sin embargo, a veces lo que se observa en la acción, y que configura la identidad profesional ante la población, es algo distante y distinto a la realidad disciplinar. Por ejemplo, la información y orientación de pacientes y usuarios, es parte fundamental de la asistencia y no siempre se realiza⁽¹⁸³⁾. A veces juega en contra de la identidad, la competencia y la responsabilidad profesional,

el recurso frecuente a la frase “pregúntaselo al médico”, cuando la persona a la que cuidan las enfermera hace una pregunta para aclarar dudas o inquietudes. Esto redundando también en la percepción de la calidad de la atención de enfermería, o satisfacción de pacientes y usuarios con la misma⁽¹⁹¹⁾.

Aquí no queda todo, también es complejo educar adolescentes, tratarlos y cuidarlos. Pero no se pueden desaprovechar oportunidades ni recursos para cuidar a la ciudadanía. En esto también podemos colaborar las enfermeras. Se realizó una propuesta de enfermería para poder apoyar a estos padres en su adaptación al proceso, tanto como a los propios adolescentes^(192, 193). Al fin y al cabo, con ellas y ellos ponen en jaque los convencionalismos existentes, lo cual implica un reto para el aprendizaje de la realidad de forma diferente. Últimamente se ha realizado en España una revisión de los programas de entrenamiento a padres de niños con trastorno de conducta⁽¹⁹⁴⁾, que apunta en esta misma dirección. Igualmente, las investigaciones recogidas por Bearsdlee y cols⁽¹⁹⁵⁾ del informe del Instituto de Medicina de Boston, destacan la evidencia que confirma el valor de los programas que inciden en entrenar las habilidades parentales. Además de incidir en la prevención de la enfermedad y el sufrimiento acompañante, producen una mejoría a nivel individual y familiar. Por otro lado, resultan costo-efectivos, retornando más del triple del dinero gastado. Se ha demostrado también que con este tipo de programas, hay una disminución de niños que son separados de sus padres. Esto es un importante avance a nivel afectivo, tanto para los niños como para los padres.

Sin embargo, poder aprender tiene su punto de partida en realizar el sano ejercicio del autoanálisis y la posterior autocrítica, tal y como lo han demostrado los adolescentes, para poder afrontar su realidad, su sufrimiento y con ella su vida. Cuando no existen tales estrategias o no se utilizan, “*poder aprender*” se aleja del horizonte más inmediato. Esto es igual para padres y para los profesionales del tipo que sean. Convencerse de una necesidad, o considerar que se está en lo cierto y analizarlo, requiere también de todo un proceso. Será en otro momento.

5.3. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El presente estudio es la exposición de “una descripción densa”, como investigación cualitativa que es, que puede dar una información clave para poder implantar aplicaciones prácticas además de sanitarias, sociales y educativas. Puede resultar aventurado hablar de implicaciones para la práctica a partir de un estudio cualitativo, dado que sus características encaminan a la adquisición de un conocimiento general, desprendiéndose de este una aplicación generalmente, indirecta. Como tal, la prudencia exige humildad. Terminar un estudio no significa terminar de conocer la realidad, aunque ésta se haya llegado a conocer profundamente, arrimándose a los datos en proximidad. Siempre quedan aspectos inalcanzables, aunque la teoría desprendida pueda ser relevante y funcione en la realidad. Esto a su vez posibilita continuar indagando a partir de lo ya investigado. Por esta razón una investigación es siempre un proceso inacabado respecto al conocimiento adquirido; en el que otras investigaciones en otros momentos, siempre lo ampliarán.

Los datos y su análisis han apuntado hacia la inexistencia de soluciones sencillas para afrontar el sufrimiento, más allá de hacerlo de forma individual por parte del propio adolescente, llegando a la familia, a la escuela y a otras instituciones sociales que mantienen contacto con los niños y los adolescentes. Sin embargo, plantear cambios estructurales en instituciones sociales básicas parece ser un terreno poco abonado, tanto a nivel político como social. Las investigaciones realizadas y expuestas en ámbitos escolares y sanitarios, han demostrado esta visión.

Por otro lado, el hecho de incluir a las enfermeras en los equipos de salud mental de la atención infanto-juvenil, allí donde estén excluidas. Esta medida, pienso que aporta un valor añadido que, no se está teniendo en cuenta en la actualidad. Ella supondrá reconocer el lugar privilegiado que pueden llegar a ocupar las enfermeras, en el contacto con los adolescentes. El tiempo de permanencia con ellos, las posibilidades terapéuticas desplegables, la naturaleza de la propia disciplina, supera con creces el tiempo de contacto de los demás profesionales. En este sentido, la posibilidad de influir

en su futuro con la intervenciones realizadas, contribuir a suavizar su sufrimiento y colaborar en la orientación de la vida del adolescente es un recurso que existe pero no se contempla. ¿A qué se debe? Este también puede ser el tema de otra investigación.

Insistir en la necesidad de insistir, en un apoyo real a la infancia, es también insistir en la sostenibilidad de la sociedad. Aunque este planteamiento pueda parecer vano o insustancial, tiene trascendencia en lo que supone de futuro. Si el TC es un problema en aumento, los planteamientos practicados hasta ahora no han demostrado ser eficaces en su prevención ni en su tratamiento. Su naturaleza apunta más hacia planteamientos educativos y desde los primeros años de vida del niño. Posiblemente sean planteamientos más humanistas, integradas y contextualizadas en el entorno concreto, donde se desarrollan y dónde crecen, con personas adultas a su cuidado.

Desde aquí, y abundando en la insistencia, de nuevo insistiré un poco más en la necesidad de la concienciación profesional y personal para incidir en el autoanálisis necesario y la autocrítica respecto a la manera de cuidar, educar y curar a las personas que atendemos. Los relatos y el análisis de los datos apuntan hacia una realidad distinta a la que habitualmente se proclama.

Que las medidas no sean sólo paliativas también depende de los profesionales individuales, de su sensibilidad y concienciación de la importancia de educar e instruir las emociones.

5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitación importante procede de la pérdida de información relevante y valiosa cuando la familia o el propio joven se negaron a participar en el estudio. En este mismo sentido las reticencias de los clínicos y estamentos jerárquicos del poder establecido, a facilitar el acceso a la investigación puede ser una barrera. Incluso puede producirse pérdida de información relevante. Sin embargo las dificultades encontradas han servido de impulso, para buscar estrategias de abordaje y recursos alternativos para acceder a los participantes. Así se estableció un perfil basado en sus características sociales y familiares, para poder buscar y encontrar aquellos adolescentes con TC que cumplieran los criterios de inclusión expuestos en el proyecto inicial que aprobó el CEIC.

Por otro lado existen las limitaciones propias de la comunicación verbal, respecto a la verdad de las narraciones relatadas. Esta limitación se ha subsanado con la contrastación a través de la observación participante de adolescentes durante el ingreso hospitalario y su constatación con profesionales de enfermería, a través de observaciones paralelas. Se ha buscado en los discursos espontáneos de los adolescentes ingresados, sin intervención alguna, la existencia de las categorías emergidas de la elaboración de los datos. Por otro lado, la riqueza de los datos subjetivos aportados por las distintas experiencias, pone de manifiesto las representaciones e imágenes que conforman la forma de hacer de los adolescentes en la actualidad.

5.5. FUTURAS INVESTIGACIONES

- Ampliar la presente investigación contrastando las manifestaciones del sufrimiento en adolescentes con otros adolescentes diagnosticados de otras patologías.
- Indagar la evolución de los que no superan el TC durante la adolescencia, observando las trayectorias seguidas, bien convirtiéndose en personas ‘dependientes’ del sistema sanitario o las rutas alternativas existentes.
- Dado el influjo familiar, y del entorno en general, que tiene el TC, una investigación interesante será la realizada a los padres (incluso a los abuelos). Con ella se podrá entender su planteamiento respecto al sufrimiento de sus hijos. Además haciéndola extensiva a los profesionales, puede dar una perspectiva más amplia para poder tener una comprensión global del fenómeno del sufrimiento e incluso del fenómeno de TC.
- Otra investigación interesante sería la derivada del proceso de intervención de las enfermeras con los padres, con los adolescentes y con ambos, a través de programas específicos de enfermería encaminados al entrenamiento de distintas habilidades. La especificidad de defender tal especificidad se debe a la exclusión que otras disciplinas han mostrado paradójicamente cuando plantean intervenciones interdisciplinares.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

En el momento de concluir, se repasan los objetivos planteados para justificar el logro de los mismos.

1. Para determinar si existe sufrimiento en los adolescentes con TC y qué se produce antes, el sufrimiento o el TC.

Se ha expuesto de qué forma entienden el sufrimiento los adolescentes participantes en el estudio. Y a partir de éste se puede afirmar que hay responsabilidad en el sufrimiento para que se produzca un TC. Aunque existan otros factores, como también se ha resaltado, éste no estaba explorado. De esta forma, queda demostrado el primer objetivo, respecto a la existencia del sufrimiento previo al TC. Es el sufrimiento entendido como resultado del tipo de relaciones familiares, de la falta o carencia de aprendizajes necesarios, de la añoranza por el afecto de personas claves de referencia. Sin embargo, si el sufrimiento se entiende como un ente equivalente a un virus o una bacteria, no podemos afirmar su existencia, y en consecuencia tampoco el sufrimiento.

2. Conocer el significado que tiene el sufrimiento para los adolescentes etiquetados de TC.

Se ha demostrado como el sufrimiento es “Pasarlo Mal” como consecuencia de la vivencia de los primeros años de la infancia, gobernada por las experiencias sucedidas a partir de la renuncia parental y continuada por las distintas situaciones de renuncia y acogimiento. Surgen en la desatención las sensaciones de abandono y soledad. Se acostumbran a estar solos con sus juguetes, aprendiendo como auténticos supervivientes, a “*buscarse la vida*”, en el sentido de decidir por sí mismos y ser aparentemente autosuficientes. Pero se trata de una autosuficiencia llena de carencias y añoranzas: personas, situaciones, orientaciones, supervisión,

dedicación en definitiva de figuras que se conviertan en modelos auténticos de referencia en el amplio sentido de la palabra.

El sufrimiento como fenómeno relacional supone una desconsideración de la dignidad de la persona, en este caso primero del niño y luego del adolescente. Dejarle carente de autonomía y de planes de futuro, en la desatención del respeto y reconocimiento al otro.

La expresión se hace a través de sentimientos de impotencia, frustración e indefensión, sentimientos con los que gobiernan su vida y no saben identificar y expresar. La vía para aliviar la soledad y buscar salida al sufrimiento, les impulsa a tomar decisiones alejadas de la normalidad. La normalidad es entendida como la continuación de su crecimiento y desarrollo desde las opciones beneficiosas para los adolescentes. Sin embargo estos, a diferencia de los denominados “normales”, suelen refugiarse en experiencias alternativas, en conductas extremas a las que llegan por la desesperación de su impotencia. Y por la colaboración de la exclusión a la que se les empuja.

3. Desarrollar una teoría sustantiva que explique el fenómeno del sufrimiento en los adolescentes con TC, útil para las ciencias de la salud y sociales, que ayude en futuras intervenciones a mejorar el cuidado de los adolescentes.

Se ha descrito una teoría a partir de la categoría central “Pasar mal”, relacionada e integrada por cinco categorías Infancia ausente, Relaciones parentales complejas, Manifestaciones del sufrimiento, Concienciarse del sufrimiento y Suavizando el sufrimiento. Esta teoría encuentra cabida en la epistemología enfermera y con ella se establece un plan de actuación enfermera.

La presente investigación deja al descubierto la existencia del sufrimiento en la vida de los adolescentes, así como la responsabilidad existente en la configuración del mismo

de un entorno relacional. Tal esfuerzo no es habitual, al contrario. El reconocimiento del sufrimiento y el esfuerzo por reducirlo entre los profesionales tiende a hacerlo desaparecer, a favor de la patologización de realidades inherentes al ser humano. El esfuerzo de las enfermeras ha de abogar por una historia natural de la salud, porque de la de la enfermedad se ocupan otras disciplinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Denzin NK, Lincoln YS. El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa I. Barcelona: Gedisa, 2012.
2. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes I. Técnicas y análisis de datos. 5ª Ed. Madrid: La muralla, 2011.
3. Canga AMD. Experiencias de la familia cuidadora en la transición a la dependencia de un familiar anciano. [Tesis] Pamplona: Universidad de Navarra, 2011 p. 126.
4. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. 5ª Ed. Madrid: La muralla, 2011.
5. Santillano I. La adolescencia: Añejos debates y contemporáneas realidades. Última Década CIDPA. Dic 2009; 17(31):55-71. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v17n31/art04.pdf>. Citado el 12 de febrero de 2013.
6. Mobilli A, Rojas C. Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. Investigación en salud, ago 2006; VIII(2):121-28.
7. Gómez M, Arango E, Molina D, Barceló E. Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 2010 jul-dic; 26:103-18.
8. Kazdin A, Buela G. Conducta antisocial. Madrid: Pirámide, 2002.
9. Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Crítica; 2001.
10. Augsburger AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. Psicología y Sociedade, Maio-Ago, 2004: 16(2):71-80.
11. Herdman TH, von Krogh G. La taxonomía II de NANDA International 2012-2014. En: NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012-2014. First Edition. Barcelona: Elsevier, 2012. P. 90-106.
12. Charmaz K. Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of health and illness, 1983; 5(2):168-195.
13. Morse J. Toward a praxis theory of suffering. Adv Nurs Science. 2001;24(1): 47-59.
14. Fredriksson L, Eriksson K. The patient's narrative of suffering: a path to health?. Scand J Caring Sci, 2001; 15: 3-11.

15. Marqués S. Revisión de evidencias en enfermería de salud mental. Rev Presencia 2008 jul-dic, 4(8). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n8/p0141.php>> Consultado el 28 de Febrero de 2013.
16. De la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. Enferm Clínica. 2011; 21(3):163-67.
17. Callahan D. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. Humanitas, humanidades. 2004; 2:5-16. Disponible en http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html. Citado el 22 de diciembre de 2011.
18. Gasull M. Dolor y sufrimiento. Aspectos éticos. Rev. Rol Enf. 2010; 33(7-8):522-26.
19. Montoya R, Schmidt J, Prados D. En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. Cul Cuidados. 2006;X(20):117-20.
20. Casell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. March 1982;11(306):639-45.
21. Chapman CR, Gravin J. Suffering: The contributions of persistent pain. Lancet. (Callahan n.d.)1999;353(9171):2233-7.
22. Jairo J, Vélez MC, Krikorian A. Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del Sufrimiento. Psicoonc. 2008;5(2-3):245-55.
23. Egnew TR. Suffering Meaning and Healing. Challenges of contemporary medicine. Ann Fam Med. March/April 2009; 7(2):170-5.
24. Bayés R. Sobre la felicidad y el sufrimiento. Infocoponline. [Internet] 2009 Ene [Citado 22 de Dic de 2011]; [Aprox. 10 pantallas] Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2215.
25. Bayés, R. Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. Med Clin. 1998;110(19):740-3 10.
26. Prieto L. Valoración subjetiva de los problemas de salud: obtención de los valores ponderales de los ítems de la versión española del Perfil de Salud de Nottingham. [Tesis]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, 1995.
27. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. 1ª Edición. Barcelona: Gedisa, 2002.
28. Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003.
29. Puig G, Rubio JL. Manual de resiliencia aplicada. Barcelona: Gedisa, 2011.
30. Perseus KI, Ekdahl S, Asberg M, Samuelsson M: To Tame a Volcano: Patients

- with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*. August, 2005; 19(4):160–168.
31. Bayés, R. Después de muchos años: Los tiempos de espera en oncología. *Psicoonc*. 2003;0(1):147-9.
 32. Llantá C, Pire T, Grau J, Vilaú L, Massip C, Grau R, et als. Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del instituto cubano de oncología y radiobiología. *Psicol y Sal*. Jul-Dic 2008;18(2):149-54.
 33. Permanyer G, Brotons C, Cascant P, Moral I, Alonso J, Soler Soler J. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a los dos años de la cirugía coronaria. *Med Clin*. 1997;108: 446-51.
 34. García CRV. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(1):88-97.
 35. Retolaza A, Mostajo A, De la Rica JR, Díaz de Garramiola A, Pérez de Loza J, Aramberri I y cols. Validación del cuestionario de salud general de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 1993; XIII(46):187-94.
 36. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica *Med Clin*. 2001;117:18-23.
 37. Arranz P, Bayés R, Barreto P, Cancio H. Deliberación moral y asesoramiento. *Med Clin*. 2002;118(12):479.
 38. Casado, A. ¿Tiene sentido el sufrimiento? Aspectos éticos. Alivio de las Situaciones difíciles y del Sufrimiento en el final de la vida. XIV Curso de Cuidados Paliativos. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Oct, 2005;14:243-56.
 39. Frankl VE. El hombre en busca de sentido. 12ª Ed. Barcelona: Herder, 1991.
 40. Cabrera M, Lluch A, Casas, I. Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. Jul-Dic 2008;24(3-4):1-14. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v24n3-4/enf06308.pdf>. Citado el 22 de diciembre de 2011.
 41. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press, 1991.
 42. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

43. Thumala, D. Modernidad y sufrimiento: Algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento. *Rev. Mad*, May 2003;8. Disponible en <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/08/paper07.pdf> Citado el 22 de diciembre de 2011 .
44. Lúcar F. Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *Revista de investigación psicológica*, 2010; 13(2):231-42.
45. Vivar CG. “Again”: An account of demoralisation in patients and families experiencing recurrence of cáncer. TD. Edimburgh (SC): The University of Edimburgh; 2007.
46. Mejía M, Díaz V, Paulo M. El médico ante el dolor humano. *Fermentum*. Ene-Abr 2005;15(42):88-103.
47. Lyotard JF. *The diferend: Phrases in dispute*. 2ª Ed. Minneapolis (MN): University of Minnesota, 1988.
48. Kleinman A. The art of medicine Four social theories for global health. *The Lancet*. 2010 May 1;375:1518-19. Disponible en <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610606460.pdf>. Citado el 4 de Feb de 2013.
49. Bárcena F. El aprendizaje del dolor. Notas para una simbólica del sufrimiento humano. Disponible en <http://www.ifs.csic.es/holocaustos/textos/aprendi.htm> Citado el 20 de mayo de 2010.
50. Suardíaz J. Relación médica paciente y tecnología médica: Una visión personalista. *Bioética*, Ene-Abr 2011; 11(1):1-4.
51. Benito E, Maté J, López AP. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento del paciente. *FMC*, 2011; 18(7):392-400.
52. Valverde C. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte Sal Men*. 2007;28:8- 15.
53. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2001-2002*. Madrid: Hartcourt, 2001.
54. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2012-2014*. Versión en español. Barcelona: Elsevier, 2013.
55. The Hastings Center. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Informe Hastings. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas, Nº 11. 2ª Ed. Barcelona: Fundación Grifols i Lucas, 2007.

56. Lindhölml L, Eriksson K. To understand and alleviate suffering in a caring culture. *J Adv Nurs*, 1993; 18: 1354-61.
57. Barbero J. La ética del cuidado. En: Gafo J, Amor JR , editores. Deficiencia mental y final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999:125-59.
58. Egnew TR. The Meaning of Healing: Transcending Suffering. *Ann Fam Med*. may/june 2005;3(3):255-62.
59. Altuna B. Los sentidos del sufrimiento. Alivio de las Situaciones difíciles y del Sufrimiento en el final de la vida. XIV Curso de Cuidados Paliativos. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Nov, 2005.
60. Peteet, JR. Poniendo el Sufrimiento en perspectiva. Implicaciones de la visión del mundo del paciente. *J Psychother Pract Res*. Summer 2001;10(3):187-92.
61. Levinas E. Entre nosotros Ensayos para pensar en otro. Valencia: Pretextos, 1993.
62. Kazdin AE. Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia. Madrid: Martínez Roca, 1985.
63. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.
64. Fernández A, González MA, Abeijón JA, Bravo B, Fernández de Legaria JA, Guadilla ML, Gutiérrez JR, Hernanz M, Larrínaga MA, Lasa A, Música MA, Palomo J, Rey F. Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2010. Informe nº. Osteba D-10-01
65. Rodríguez PJ. Trastornos del comportamiento. *Ped Integ* 2008;XII(10):949-58
66. Pineda DA, Puerta IC. Prevalencia estimada del Trastorno Disocial de la Conducta en adolescentes colombianos. *Interpsiquis*, 2001; (2). Disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/epidemiologia78/2301/ Citado el 26 de mayo de 2010
67. Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000; 12(4):525-32
68. Estudio epidemiológico de los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia (2 a 13 años). Inventario Eyberg. Informe de resultados. *Pediatría Integral*. 2009; (Nº Extr):1.

69. Trigueros A, Sanz E. Un caso de neurosis de abandono. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2001; 31/32.
70. Sobral J, Romero E, Luengo A, Marzoa J. Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. Psicothema, 2000;12(4):661-70
71. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema, 1999;11(4):939-56
72. Coba F, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Melipillán R. Factores sociales, educacionales, familiares, inteligencia y riesgo de trastorno de conducta en adolescentes de sexo masculino. REv Mexicana de Psicología. Jul 2011; 28(2):161-71.
73. Frick PJ, Ellis M. Callous-Unemotional Traits and Subtypes of Conduct Disorder Clinical Child and Family Psychology Review, 1999; 2(3):149-168.
74. Frick PJ. A Comprehensive and Individualized Treatment Approach for Children and Adolescents With Conduct Disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 2000; 7:30-37
75. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. 3ª Edición. Madrid: Espasa Calpe SA; 1987
76. Portela A, Nieto JM, Toro M. Historia de vida: Perspectiva y experiencia sobre exclusión e inclusión escolar. Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado, 2009; 13(3):194-218 Disponible en <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev133ART8.pdf> Citado el 16 de dic. de 2012
77. Navas E, Muñoz JJ. Teorías explicativas y modelos preventivos de la conducta antisocial en adolescentes. C. Med. Psicosom, 2005; (75):22-39
78. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. Clin Psychol Rev. 2006 Jan;26(1):86-104.
79. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S, y cols. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, Mar 2009; 3:7 doi:10.1186/1753-2000-3-7 Disponible en <http://www.capmh.com/content/3/1/7> Citado el 3 de marzo de 2013
80. Moreno J, Utría E. Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-

conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*. Jun-Dic, 2011; (28):39-76

81. Carrobbles JA. *Análisis y Modificación de la conducta II*. 4ª Edición. Madrid: UNED; 1993
82. Rey CA. Entrenamiento de padres: Revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Infancia, Adolescencia y Familia*. Ene-Jun, 2006; 1(1): 61-84
83. Caballo VE. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 5ª Edición. Madrid: Siglo XXI, 2002
84. Stern PN. Erosionar la teoría fundamentada. En Morse M.J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 244-59.
85. Glaser B, Strauss A. *Awareness of dying*. Chicago: Aldine, 1965
86. Glaser B, Strauss A. *Time for dying*. Chicago: Aldine, 1968
87. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2010 Dic [citado 5 mar 2013]; 19(4): 283-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300011>.
88. Glaser B, Strauss A. *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis MO: Mosby, 1968
89. Corbin J, Strauss A. Collaboration: couples working together to manage chronic illness. *Image*, 1984; 16:109-115.
90. Conrad P, Bury M. Anselm Strauss and the sociological study of chronic illness: a reflexion and appreciation. *Sociology of health & illness*, 1997; 19(3):373-76.
91. Glaser, B; Strauss, A: *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New Cork: Aldine publishing, 1967.
92. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. *Investigación cualitativa. Manual para principiantes*. Pamplona: Eunate, 2013.
93. Ruíz Olabuénaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2ª Edición. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.
94. De la Cuesta C. *Tomarse el amor en serio: Contexto del embarazo en la*

- adolescencia. 1ª Edición. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
95. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Englewoods Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1969
 96. Pike KL. Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior I. Glendale (California): Summer Institute of linguistics, 1954
 97. Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1986.
 98. Boyle JS. Estilos de etnografía. En Morse MJ. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 185-214
 99. Eustat [base de datos de Internet] [Citado el 27 de diciembre de 2011] Disponible en: www.eustat.es.
 100. Morse JM. (Ed). Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue. Newbury Park: Sage, 1991:127-134.
 101. Andréu J, García-Nieto A, Pérez AM. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: CIS; 2007.
 102. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. 1ª Ed. en español. Medellín: Univ. Antioquia, 2002.
 103. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1992.
 104. Morse MJ. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En Morse MJ. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 29-52.
 105. Woodgate R. Adolescents’ perspectives of chronic illness: “It’s hard”. J Pediatric Nurs. Aug 1998; 13(4):210-23.
 106. Hutchinson S, Wilson H. La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva postestructuralista. En Morse MJ. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p.349-366.
 107. Trinidad A, Carrero V, Soriano RM. Teoría fundamentada “Grounded Theory”. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: CIS, 2006.
 108. Cuñat R. Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. XX Congreso anual de AEDEM, 2007. 2. Disponible en <http://www.aedem>

virtual.com/congresos/mallorca06/trabajos/114199066925.doc. Citado el 27 de diciembre de 2011.

109. Welsh E. Dealing with data: Using NVivo in the Qualitative Data Analysis Process. [Open Journal System] FQS, 2002;3(2):26 Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (ISSN 1438-5627) Disponible en <http://www.qualitative-research.net/fqs/> Citado el 27 de Diciembre de 2011.
110. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión, metodología y práctica profesional. Madrid: Síntesis, 2000.
111. Mercado FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación socio-cultural en salud. En Mercado FJ, Torres MT (comps). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. Plaza y Valdés/Universidad de Guadalajara; 2000.
112. Ballester L. El análisis semántico y pragmático de las entrevistas de investigación. Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales. Ene-Jun 2006;11(107-129)
113. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª Ed. Málaga: Aljibe, 1999.
114. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, 76(5,):473-82. ISSN 1135-5727.
115. Heierle C. Cuidando entre cuidadores. Intercambio de apoyo en la familia. Granada: Fundación Index, 2004.
116. Básica reguladora de la autonomía del paciente. Ley básica 41/2002 (14 Nov 2002).
117. Protección de datos de carácter personal Ley Orgánica 15/1999 (13 Dic1999).
118. Sunkel G. El papel de la familia en la protección social en América latina. CEPAL [Serie web] 2006; 120 (Mimeo) [Aprox. 17 pantallas] Disponible en <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/24584/P24584.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>. Citado el 7 de Diciembre de 2012.
119. Crivelatt MMB, Durma S, Hofstatter LM. Sofrimento psíquico na adolescência. Texto Contexto Enferm. 2006;15(Especial):64-70.
120. Schenetti M. Comprender el dolor infantil. 1ª Edición. Barcelona: Grao, 2011.

121. Martín R, Arribas D. Creciendo en la soledad de un entorno inhóspito. La figura del niño en las manifestaciones artísticas contemporáneas. Revista de la Asociación Aragonesa de Críticos de Arte. [Serie web] Set 2010; 12 [Aprox. 5 pantallas] .Disponible en <http://www.aacadigital.com/contenido.php?idarticulo=377> Citado el 5 de marzo de 2013.
122. Escudero JM. Fracaso escolar, exclusión social: ¿De qué se excluye y cómo? Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado, 2005; 1(1): 1-24. Disponible en <http://www.ugr.es/~recfpro/rev91ART1.pdf>. Citado el 11 de diciembre de 2012.
123. Escudero JM, González MTV, Martínez B. El fracaso escolar como exclusión educativa: Comprensión, políticas y prácticas. Revista Iberoamericana de educación, 2009; 50: 41-64.
124. Macías MA. El rol de padre y madre en las familias en las que ambos trabajan fuera del hogar. Actas del VIIIº Congreso Internacional de Formación y de Investigación en Educación familiar (AIFREF). Saint Sauveur des Monts. Québec. Canadá. 18-21 Abril 2001. (Mimeo) Disponible en http://aifref.uqam.ca/actes/pdf_esp/amaris.pdf Citado el 7 de diciembre de 2012.
125. Paterna C, Martínez C, Rodes J. Creencias de los Hombres sobre lo que significa ser Padre. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 2005; 39(2):275-84.
126. Yarnoz S. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. Anales de psicología, 2006;22(2):175-85.
127. Gallardo G, Gómez E, Muñoz M, Suárez N. Paternidad: Representaciones Sociales en Jóvenes Varones Heterosexuales Universitarios sin Hijos. Psykhe, 2006;15(2):105-16.
128. Rodríguez MC, Peña JV, Torio S. La experiencia de la paternidad y la maternidad: análisis del discurso de las creencias sobre la crianza y el cuidado infantil. Infancia y aprendizaje, 2009; 32(1):81-95.
129. Mora L, Otálora C, Recagno-Puente I. El hombre y la mujer frente al hijo: Distintas voces sobre su significado. Psykhe, 2005; 14(2):119-32.

130. Eiras-Coehlo LC. Reflexión. Ser Padre, Ser Madre, Ser Hijo, Ser Padrastro, Ser Madrastra: Aspectos psicológicos y jurídicos. *Anuario de psicología jurídica*, 2011; 21: 125-30.
131. Molins J. La reforma de las prestaciones de maternidad y paternidad por la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Rev Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 2009; 79:159-186.
132. Salguero MA. Identidad de género masculine y paternidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Jul-Dic, 2008; 13(2):239-59.
133. Jóciles MI, Rivas AM. ¿Es la ausencia del padre un problema? La disociación de los roles paternos entre las madres solteras por elección, 2010; 26(1):04 Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/6773>. Citado el 7 de Dic de 2012.
134. Nóbrega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: Implicancias para la acción. *Rev Psicol.*, 2009;XXVII(1):29-54.
135. Rodríguez MC. Fernández CM. Empleo y maternidad: el discurso femenino sobre las dificultades para conciliar familia y trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 2010; 28(2): 257-75.
136. Fernández L. ¿Violencia invisible o del éxtasis al dolor? *Estudios Feministas*, 2008;16(1):133-44.
137. Maier SF, Seligman ME. Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology General*, Mar 1976; 5(1)3-46. doi:10.1037/0096-3445.105.1.3.
138. Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. 4:71-81. New York: Academic Press; 1994. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998. Disponible en <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>. Citado el 2 de diciembre de 2012.
139. Fuentes MJ, Bernedo IM. Adaptación y relaciones familiares según los adolescentes acogidos por sus abuelos. *Rev Psicol Soc*, 2009; 24(1): 53-64.
140. Watzlawick P: ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, desinformación. 1979. Barcelona: Herder.
141. Badenes N, López MT. Doble dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbitzuan*, 2011; 49: 107-25.

142. Pinazo S, Ferrero C. Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2003; 13(2): 89-101.
143. Patiño ME. Cuando preguntar puede jugar en su contra. *Relaciones aúlicas. Rev. Iberoamericana de Educación*, 2006; 40(4): 1-9.
144. Schopenhauer A. *El mundo como voluntad y representación*. Madrid: Akal, 2004.
145. Martín M. ¿Qué se puede hacer? Algunas propuestas (razonables) para promover el éxito escolar. *CEE Participación educativa*, nov 2010. 15: 105-14.
146. Fernández M. ¡Cómo nos gusta suspender! De nuevo sobre el fracaso y el abandono escolar. *Cuadernos de Pedagogía*, 2012; 425:28-33
147. Bruce A, Schreiber R, Petrovskaya O, Boston P. Longing for ground in a ground(less) world: a qualitative inquiry on existential suffering. *BMC Nursing*, 2011; 10:2 Doi:10.1186/1472-6955-10-2 Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/2> Citado el 10 de febrero de 2013.
148. Ellis A, Dryden W. *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989. ISBN: 84-330-0785-8
149. Marcús J. Ser madre en los sectores populares: Una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Rev Argentina de Sociología*, 2006; 4(7): 99-118
150. Rodríguez C. *Economía del cuidado y política económica: Una aproximación a sus interrelaciones*. CEPAL, 2005. Naciones Unidas (Mimeo).
151. Moncó B. Maternidad ritualizada: Un análisis desde la antropología de género. *Rev. Antropología Iberoamericana*, set-dic 2009; 4(3):357-384.
152. Moro MR. Nuevos tipos de familias. Nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 2009; 48: 21-9.
153. Golombok S. *Modelos de familia. ¿Qué es lo que de verdad cuenta?* Barcelona: Graó, 2006.
154. Rodríguez MC. La distribución sexual del trabajo reproductivo. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 2011;26:61-90. Disponible en <http://zaguan.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/334/328> Consultado el 4 de Marzo de 2013.
155. Ospina DE, Soto CP. Entre el rito y la rutina: el rol de cuidadora en las mujeres de Medellín. *Invest Educ Enferm*. 2001 sep; XIX (2):58-6.

156. Marqués-Andrés S, Fernández N. ¿La mala madre? Debes amar y cuidar la prole. Vivencias de la autocensura. Evidentia. 2008 may-jun. Año 5(21). Revisión crítica de un estudio.
157. Cigarini L. El doble “sí” de las mujeres a la maternidad y al empleo. Duoda. Revista d’Estudis Feministes, 2006; 30:51-8
158. Paterna C, Martínez C. La posición de la mujer frente a los roles de género: familia versus empleo. Apuntes de psicología, 2001; 19(3):403-20.
159. Hobson L, Noyes J. Fatherhood and children with complex healthcare needs: qualitative study of fathering, caring and parenting. BMC Nursing 2011, 10:5 Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/5> Citado el 6 de marzo de 2013
160. Marqués-Andrés S, Egaña A. ¿Se implican los padres en el cuidado de los hijos altamente dependientes? (De próxima aparición).
161. Marulanda A. Del patriarcado a la igualdad. Editorial La crianza humanizada. Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia.2011;128. Disponible en <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/crianza-humanizada-128.pdf> Consultado el 4 de marzo de 2012
162. INE. Matrimonios de diferente sexo por comunidades y ciudades autónomas de residencia del matrimonio, edad de los cónyuges, sexo y estado civil anterior de los cónyuges. Disponible en <http://www.ine.es> Citado el 4 de Dic de 2012.
163. Reuters. Alemania y países nórdicos encabezan la lista de permisos de paternidad. América economía 20 de Jul de 2010. Sec. Política y sociedad. Disponible en <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/sociedad/alemania-y-paises-nordicos-encabezan-la-lista-de-permisos-de-paternidad>. Visitado el 23 de feb. de 2013.
164. Bernedo IM. Necesidades de apoyo y satisfacción en los acogimientos con familia extensa. Anales de Psicología, 2010; 26(1):95-10.
165. Fredriksson L, Lindholm UA. Caring conversations: Psychiatric patients’ narratives about suffering. J Adv Nurs, 2002;40(4):396–404.
166. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1991

167. Meleis AI, Chick N. Transitions: A nursing concern. School of Nursing Departmental Papers. Chapter 18: 237-257. University of Pennsylvania, 1986 Mimeo. Disponible en <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs&seiridir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.es%2Fscholar%3Fhl%3Des%26q%3Dmeleis%26btnG%3D%26lr%3D#search=%22meleis%22>. Citado el 10 de diciembre de 2012
168. Montero JR. Fracaso escolar: Un estudio experimental en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. Rev. Psicol Gral y Aplic, 1990; 43(2):257-270
169. Lozano A. Factores personales, familiares y académicos que afectan al fracaso escolar en la Educación Secundaria. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 2003; 1(1):44-66 Disponible en <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?4>. Citado el 10 de Dic de 2012
170. Bolivar A, López L. Las grandes cifras del fracaso y los riesgos de exclusión educativa. Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado, 2009. 13(3):51-78
171. Jiménez M, Luengo JJ, Taberner J. Exclusión social y exclusión educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su comprensión e investigación. Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado, 2009. 13(3):11-49
172. Escudero JM, Martínez B. Las políticas de lucha contra el fracaso escolar: ¿Programas especiales o cambios profundos del sistema y la educación? Revista de Educación, 2012; número extraordinario: 174-193
173. Fajardo M. El profesor y el estudiante: Un panorama histórico del vínculo. Notas Universitarias. 19-29. Disponible en http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-248021_Vinculos_profe_estu.pdf Citado el 17 de Dic de 2012
174. Patiño MJ. Modelo socio-cognitivo: Teoría educativa y de diseño curricular. Med Interna, 2006;22(1):17-40
175. Rosenthal R, Jacobson L: Pygmalion en la escuela. Madrid: Marova, 1980
176. Musitu G, Moreno D, Martínez M. La escuela como contexto socializador. Mesas Redondas FAD: Madrid, 2005 Mimeo. Disponible en http://www.fad.es/sala_lectura/CSAHoy_MR6.pdf

177. Borrell F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía. *Med Clin (Barc)*, 2003; 121(20):785-6
178. Speraw S. "Talk to Me—I'm Human": The Story of a Girl, Her Personhood, and the Failures of Health Care. *Qual Health Res*, 2009; 19:732-44. doi 10.1177/1049732309334517
179. Allué M. *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral, 1996.
180. Rodríguez P. ¿Es posible describir el sufrimiento que se experimenta en una enfermedad mental? *Horiz Enferm*, 2006; 17(1):49-54.
181. Miller RB. Suffering in Psychology: The demoralization of psychotherapeutic practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2005; 3:299-336 doi 10.1037/1053-0479.15.3.299.
182. Ugalde M, Rigol A. *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA: Traducción, revisiones y comentarios. 1ª Edición*. Barcelona: Masson, 1995.
183. De Oliveira GFN, Medeiros R, Nogueira C, Santos M, Gurgel A, Regó DP. Factores relacionados con la identidad profesional del enfermero: visión de los discentes. *Enferm Global*, #29 ene 2013; 12(1):130-37.
184. Serrano R, Ranchal J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en atención primaria de salud. *Index de Enferm. Ene-Mar 2010*; 19(1): 9-13.
185. Gervás J. Cincuenta por ciento. *Acta sanitaria*, 17/10/2011. Madrid. Disponible en www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-cincuenta-por-ciento.html. Citado el 3 de mar de 2013.
186. La enfermería frente al espejo. ¿Pero es que hay una epidemia de TOC entre los galenos? <http://juherya.blogspot.com.es/2011/10/pero-es-que-hay-una-epidemia-de-toc.html>. 17 de Oct de 2011.
187. Asociación de Enfermería Comunitaria. Médico-Cracia. Carta de la AEC en respuesta al artículo "Cincuenta por ciento" publicado por el Sr. Juan Gervás en *Acta Sanitaria*. <http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion/31-comunicados/265-medicocracia.html> 23 Oct de 2011.
188. Lalanda M. De okupas, enfer-mesas y nurse practicioners. *Ene rev enferm*, 2011. 5(3): 69-72 Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/38/33> Citado el 3 de marzo de 2013.

189. Martínez JA. Mi comentario es para la compañera Lalandá. AEC. Disponible en http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/335/Respuesta_Lalanda.pdf Citado el 3 de mar de 2013.
190. Barragán JA, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm Global*. Ene 2013; 12(1):217-230. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153391>. Citado el 3 de marzo de 2013.
191. Martínez N. Las investigaciones enfermeras en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas. *Rev Cubana de Enfermer* [revista en internet] jul-set 2011; 27(3): 228-38. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192011000300007&script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300007&lng=es&nrm=iso. Citado el 4 de marzo de 2013.
192. Marqués S, Landa M, Barrasa L, Amundarain M. Apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta, en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Ponencia de Interpsiquis, 2007 Congreso virtual. 17 Feb 2007. Disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/29538/#opinar Citado el 12 de Enero de 2012.
193. Marqués S, Barrasa L, Amundarain M, Landa M. Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta Norte de Salud Mental. Jun 2007; 28:69-74.
194. Robles Z, Romero E. Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, ene 2011; 27(1):86-101.
195. Beardslee WR, Chien PL, Bell CC. Prevention or mental disorders, substance abuse and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric services*, march 2011; 62(3):247-54.

ANEXOS

ANEXO 1a. ASENTIMIENTO INFORMADO



Izena
Abizanak
Adina
Fecha

Haur eta gazteentzako psikiatria zerbitzuan adingabeentzako baietza informatua

A. INFORMAZIOA:

Susana Marqués Andrések azterketari buruz emandako informazioa ulertu dut argi eta garbi. Ulertu dut azterketa egingo dela nire esperientzia zein den jakiteko eta psikiatriako unitate batean ingresatzeko norainoko beharra izan dudan jakiteko.

Ulertu dut ospitalean elkarriketa bat egingo didatela, eta nire bizitzari buruz nire esperientziei buruz eta nire jokabideari buruz galdetuko didatela. Baimena ematen badut, elkarriketa audioan grabatuko dute, aztertzaileei datuak ikertzen laguntzeko. Azterketa bukatzen denean grabaketa ezabatu egingo dute.

Badakit azterketan parte hartzea edo ez hartzea aukeratu dezakedala. Badakit nahi dudanean atzera egin dezakedala eta horrek ez duela ondorio txarrik izango niretzat eta nire familiarentzat. Horrez gain, badakit azterketatik jasotako informazioa ez dela egongo lan horretan ari ez den inoren esku.

- ☐ Baimena ematen dut elkarriketa audioan grabatzeko.
- ☐ Azterketan parte hartu nahi dut baina ez dut audioan grabatzerik nahi.

B. ADIERAZTEN DUT:

* Egitearen aldekoak, kontrakoak eta izan daitezkeen konplikazioak azaldu dizkit, eta edozein momentutan bota dezaket atzera emandako baimena.

* Emandako informazioa ulertu dut, eta egin nahi izan ditudan galderak egiteko aukera izan dut.

ONDORIOZ, PROZEDURA EGIN DIEZADAZUEN BAIMENA EMATEN DUT

Sinadura: NAN eta ahaidetasuna

Susana Marqués Andrés
(Elk. Zk. 3840)
Osasun Mentaleko erizain
espezialista
Ikertzaile nagusi

Bilbon, 2011ko aren (e)an



Nombre
Apellidos
Edad
Fecha

Asentimiento informado para menores atendidos en psiquiatría infanto-juvenil

A. INFORMACIÓN:

Susana Marqués Andrés

me ha informado de forma clara y suficiente para entender el estudio. Entiendo que la investigación consiste en conocer cuál es mi experiencia y necesidades para llegar a contactar con una unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Entiendo que me harán una entrevista en el lugar acordado, que consistirá en una serie de preguntas sobre mi vida, mis experiencias y mi comportamiento. Si doy permiso, la entrevista será grabada en audio para ayudar a los investigadores a analizar los datos. Una vez finalizado el estudio, se destruirá la grabación.

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera, sin que ello me perjudique en ningún sentido ni a mi ni a mi familia. Además, entiendo que la información que se recoja durante la entrevista no será expuesta a quien no trabaje en el estudio que me presentan.

- ☐ Doy mi consentimiento para que la entrevista se grabe en audio.
- ☐ Quiero participar en este estudio pero no quiero que me graben en audio.

B. DECLARO:

* Que he sido informado, y se que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

* He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Firma: Nombre, dos apellidos, DNI

Susana Marqués Andrés (Col. 3840)
Enfermera Especialista en Salud
Mental. Investigadora principal

En Bilbao, de de 2011

ANEXO 1b. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Izena
Abizanak
Adina
Fecha

Nerabeek bere burukoosasun-aarazoarekin duten esperientziari buruz azterketa bat egiteko baimen informatua

A. EGITEARI BURUZKO INFORMAZIOA:

Guraso eta nerabe agurgarriak:

Erizain-nerabe haur eta gazteentzako psikiatriako unitatean tratatutako nerabeekin azterketa bat egiten ari gara.

Azterketa honen helburua da neska-mutil horiek psikiatriako unitate batean tratatutako behar izan zuten arte eduki zuten esperientzia haren berri jakitea. Horretarako, elkarriketa baten bidez, bizi izandakoari buruz luze eta zabal galdetzeko asmoa dugu.

Elkarriketa honek berezitasun bat dauka, grabatu egingo dugu, ondoren literalki transkribatu eta gero informazioa bere osotasunean aztertuko da. Informazio horrekin guztiarekin neska-mutilen ikuspuntutik egindako lan bat izango dugu beraiei laguntzeko balioko diguna.

Hitz ematen dugu anonimoa izango dela, bermatuta dago hori. Izan ere, ez da izenik agertuko eta ahotsak lan-taldekoak bakarrik entzungo ditugu, eta lana bukatzen denean aipatutako deuseztatu grabaketak deuseztatu egingo ditugu.

Datuak, aurkitutako ideia berriak, eta ateratako ondorioak pazientearen onerako erabiliko dira beti. Halaber, gure konpromisoa izango da azterketa bukatutakoan zuei helaraztea: hogeitahamasei hilabeteko epea aurreikusten dugu hori egiteko. Lanaren emaitzak jakiteko azkeneko galderari Bai edo Ez erantzun; baietz erantzunez gero honekin batera helbidea, telefonoa edo posta elektronikoa idatzi eta zuekin harremanetan jarriko gara.

Eskerrik asko zuen laguntzarengatik!

Susana Marqués Andrés (NAN:14593238Z)
Osasun Mentaleko erizain especialista
Ikertzaile nagusi

☐ Emaitzak jakin nahi dituzue Tel. zk.

B. ADIERAZTEN DUT:

* Egitearen aldekoak, kontrakoak eta izan daitezkeen konplikazioak azaldu dizkit, eta edozein momentutan bota dezaket atzera emandako baimena.

* Emandako informazioa ulertu dut, eta egin nahi izan ditudan galderak egiteko aukera izan dut.

ONDORIOZ, PROZEDURA EGIN DIEZADAZUEN BAIMENA EMATEN DUT

Sinadura: Izean, bi abizen, NAN eta ahaidetasuna

Bilbon, 2011ko aren (e)an



Nombre
Apellidos
Edad
Fecha

Consentimiento informado para el estudio sobre la experiencia del adolescente con problema de salud mental

A. INFORMACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:

Apreciados padres

Estamos realizando un estudio con los-las adolescentes atendidos en psiquiatría infanto-juvenil. El propósito es conocer la experiencia de estos-as chicos-as para llegar a ser atendidos en psiquiatría. Para ello, nos proponemos preguntarles ampliamente sobre su vida a través de una entrevista.

La peculiaridad de la entrevista es que debe ser grabada, luego transcrita literalmente y posteriormente, analizar toda la información. Con ello haremos un estudio desde la perspectiva de los-as chicos-as, que nos servirá para poderles ayudar mejor.

El anonimato está garantizado, ese es nuestro compromiso. Los nombres no aparecen y las voces sólo las escuchamos quienes formamos parte del equipo de trabajo. Al finalizar el mismo se destruirán dichas grabaciones.

La utilización de los datos, de los hallazgos y de las conclusiones, serán utilizadas en beneficio de los pacientes.

Otro compromiso por nuestra parte es facilitarles los resultados del estudio a la finalización del mismo, previsto en el plazo de treinta y seis meses. Para ello, contesten con Si o No a la pregunta final. En caso afirmativo, adjunten su dirección de correo postal, teléfono o correo electrónico a través de las cuales nos pondremos en contacto con Ustedes.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Susana Marqués Andrés (DNI:14593238Z)
Enfermera Especialista en Salud Mental
Investigadora principal

B. DECLARO:

- * Que he sido informada, y se que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- * He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Firma: Nombre, dos apellidos, DNI, parentesco

En Bilbao, de de 2011

ANEXO 2. INFORME COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO



DE: DR. ANTONIO ESCOBAR MARTINEZ
SECRETARIO DEL CEIC

A: DÑA. SUSANA MARQUES
PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL

Bilbao, 20 de Enero de 2011

Estimada Sra. Marqués:

Le comunicamos que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) celebrada el día **19 de enero de 2011**, fue aprobado el Estudio titulado:

EL SUFRIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA

Dña. SUSANA MARQUES ANDRES

UNIDAD DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

INFORME FAVORABLE

Atentamente



Fdo.: Dr. Antonio Escobar Martinez
SECRETARIO
CEIC HOSPITAL DE BASURTO

ANEXO 3. SUBVENCIÓN COMITÉ INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE BASURTO



Dña. M^a Susana Marqués Andrés
Servicio de Psiquiatría

La Comisión de Investigación en su reunión del 20 de Diciembre de 2010 acordó la concesión de una ayuda de **650,00euros** para gastos informáticos a favor de **Dña. Susana Marqués Andrés**, del Servicio de Psiquiatría para el desarrollo del siguiente proyecto de investigación:

"El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastorno de conducta".

Atentamente.

Bilbao, a 14 de Febrero de 2011

Fdo.: KOLDO MEZKORTA ETXAURREN
DIRECTOR ECONÓMICO-FINANCIERO

ANEXO 4 a. GUIÓN DE PREGUNTAS INICIALES

GUIÓN PREGUNTAS PRIMERAS ENTREVISTAS (1)

➤ INICIO: ROMPER EL HIELO

· ¿Cuáles son tus gustos y preferencia? · ¿Qué quieres conseguir en la vida? · ¿Cómo fue tu nacimiento? ¿Te han contado algo de ello? · ¿Cómo fueron los primeros años: la guardería, el preescolar, el colegio, el instituto, ...? · ¿A qué tienes miedo? · ¿Qué piensas de las normas? · ¿Para qué piensas que están hechas las normas? · ¿Es importante tener normas? ¿Explicámelos?

➤ TUS INTERESES

· ¿Qué has ganado - perdido a lo largo de tu vida? · ¿Qué y quién es lo más – menos importante para ti? · ¿Qué esperas de la vida? ¿Y de tu vida? · ¿Quién influye en tu vida? ¿Cómo lo hace? · ¿Qué te falta – sobra en tu vida? · ¿Eres feliz? · ¿Qué ocurre para que te sientas así? · ¿Qué puedes hacer para continuar/cambiar?

➤ LOS AMIGOS

· ¿Cómo son tus amigos? · ¿Quién te gusta más - menos? · ¿Qué te gusta – disgusta de ellos? · ¿Por qué sigues con ellos? · ¿Qué sientes por tus amigos? · ¿Estás a gusto con lo que hacen, piensan, expresan y viven sus sentimientos? · ¿Qué piensas de tus amigos? · ¿Qué valor tienen para ti tus amigos?

➤ EL COLEGIO

· ¿Qué tal allí? · Explicame qué te parece la escuela y qué tal allí · ¿Cómo te llevas con los profesores? · ¿Y tus compañeros? · ¿Qué valor tiene para ti? · ¿Qué le falta y le sobra? ¿Cómo sería tu escuela ideal?

➤ LA FAMILIA

· El significado de la familia · ¿Qué es para ti tu familia? · ¿Cómo es tu familia ideal? · ¿Qué te gustaría cambiar – mejorar – eliminar de tu familia real? · ¿Y de cada uno de sus miembros? · ¿Cómo es la relación con tu familia? · ¿Qué puedes hacer tu para mejorarla? ¿Y los demás? · ¿Qué sientes hacia tu padre – madre - hermanos? · ¿Qué piensas de tu padres – madre - hermanos? · ¿Tienen algún valor para ti? · ¿Cómo les ves?

ANEXO 4 b. GUIÓN DE PREGUNTAS SIGUIENTES

GUIÓN MODIFICADO DE ENTREVISTAS (2)

- ¿Qué sentimientos provoca en los chavales considerarles ‘malos padres’? - ¿Qué repercusión tiene esto en su VIDA?
- ¿Cuál es la diferencia entre el abandono de una madre y el de un padre? ¿Qué similitudes existen?
- ¿Cómo hubiera sido la vida con tu padre?
- ¿Qué piensas de tu padre? ¿Y de la pareja de tu madre?
- Indagar el motivo de su confusión vital
- ¿Qué te gustaría cambiar de tu vida?
- ¿Por qué buscas respeto? ¿Cómo te sientes para necesitar buscar respeto?
- ¿Qué te hace no sentirte respetado?
- ¿De quién necesitas este respeto? ¿El de tus padres cómo es?
- ¿Y el de tus amigos?
- ¿Te has peleado con otros chavales? ¿Por qué lo hacías?
- ¿Ahora cómo lo ves?
- ¿Qué haces cuando tienes un problema difícil de solucionar?
- ¿Quién te ayuda? ¿Cómo te ayuda?
- ¿Piensas mucho en las alternativas? - ¿Cómo te enfrentas a las soluciones posibles?
- ¿Cómo llegas a la solución?
- ¿Qué haces cuando se meten contigo? - ¿Por qué se meten contigo?
- ¿Qué suelen hacerte? - ¿Hay alguien que te defienda? ¿Quién? - ¿Cuándo eres consciente de sufrir? - ¿Qué haces cuando sufres?
- ¿Qué es lo que te hace sufrir?
- ¿Cómo son las relaciones en tu familia? ¿Hay discusiones familiares?
- ¿Por qué? ¿Cuáles son los motivos?
- ¿Cómo son las discusiones? ¿Qué dicen?
- ¿Cuándo discuten? ¿Qué ha pasado para discutir? ¿Qué lo ha desencadenado?
- ¿Cómo se solucionan estas discusiones?
- ¿Cómo te ha ayudado la entrevista?
- ¿Cómo te sientes con la entrevista?
- ¿A quién te gustaría parecerte o Quién te gustaría ser?
- ¿Cómo consideras a los padres que hacen lo que han hecho los tuyos, dejarte con tus abuelos o en un hogar?
- ¿Cómo te sientes cuando te dejan con tus abuelos o en un hogar?

ANEXO 5. AUTORIZACIÓN AL PROGRAMA ADIN TXIKIKOA



En Bilbao a 12 de Abril de 2011

Los Profesionales de Salud Mental del Programa Adin Txikikoa, están de acuerdo con la investigación sobre *“El sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta”*, que está realizando Susana Marqués Andrés, enfermera especialista en salud mental del Hospital Universitario de Basurto.

Los adolescentes han de cumplir criterios DSM-IV de *“Trastorno Disocial”*

A petición de la interesada , se firma este documento el día de la fecha.

Dr. Abeijón
Psiquiatra (Col. 329)

Dra. Varela
Psiquiatra (Col. 3224)

Dr. López
Psiquiatra (Col. 5467)

F. Barrio
Psicólogo (BI 406)

M. Umaran
Psicóloga

M. Verdejo
Psicólogo (BI 3050)

M. Igartua
TTSS

Ana Mª Fernández
Enfermera (Col. 2945)

ANEXO 6. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

➔ ADOLESCENTE

SEXO:

EDAD:

ESTUDIOS:

MESES DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA LA ENTREVISTA

INGRESO HOSPITALARIO: SI NO

VIVE EN:

HERMANOS:

LENGUA MATERNA:

➔ MADRE

EDAD:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

TRABAJO:

SUBSIDIOS:

DX PSIQUIÁTRICO:

CONSUMOS: OH THC OTROS

➔ PADRE

EDAD:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

TRABAJO:

SUBSIDIOS:

DX PSIQUIÁTRICO:

CONSUMOS: OH THC OTROS

ANEXO 7. PROCESO DE CODIFICACIÓN

PRIMERA CODIFICACIÓN

1. Alternativas para alcanzar la felicidad:

1.1. El dinero:

- 1.1.1. Aceptar invitaciones
- 1.1.2. Apenarse de quien no tiene dinero
- 1.1.3. Defenderlo a golpes si es necesario
- 1.1.4. Estrategias para conseguir dinero
- 1.1.5. Fuente de ingresos
 - 1.1.5.1. Conseguir dinero fácilmente
 - 1.1.5.1.1. Robar, engañar, timar
 - 1.1.5.1.2. Vivir de cultivar droga
- 1.1.6. Importancia del dinero
- 1.1.7. Malgastar
- 1.1.8. Medio para conseguir la felicidad

2. Los amigos:

- 2.1. Bola de nieve
- 2.2. Diferenciarse entre las chicas
- 2.3. Amigos y conocidos
 - 2.3.1. Amigos de porros
 - 2.3.1.1. Efectos del ácido
 - 2.3.2. Amistades peligrosas
 - 2.3.1.2. Inocencia
 - 2.3.1.3. No es justo
 - 2.3.2.3. CUANDO NO ME GUSTA ALGO ME CAMBIO
 - 2.3.2.4. El mejor amigo
 - 2.3.2.5. HASTA QUE ENCUENTRE ALGO
 - 2.3.2.6. Popularidad
- 2.4. Estar con

3. Planes de futuro:

- 3.1. Mayoría de edad

- 3.1.1. El pensamiento tranquilizador
 - 3.1.2. La mayoría de edad para ser independiente
- 3.2. Las buenas intenciones
 - 3.2.1. Argumento para diferenciar
 - 3.2.2. Para volver a lo mismo
- 4. Relaciones Familiares:**
 - 4.1. Los hermanos
 - 4.1.1. Buscando ayuda
 - 4.1.2. Crítica sólo por comodidad
 - 4.1.3. Extrañeza de la mayor
 - 4.1.4. Hermana problemática
 - 4.2. Los padres
 - 4.2.1. Dificultades en la familia
 - 4.2.2. Enseñando a los padres
 - 4.2.2.1 Lo que tienen que hacer los demás
 - 4.2.2.2. Utilizando los privilegios
 - 4.2.2.3. El máximo esfuerzo para convencerles
 - 4.2.3. Modelos parentales
 - 4.2.4. Normativa de convivencia
 - 4.2.5. Participación en la vida doméstica cotidiana
 - 4.2.6. Relación con el padre
 - 4.2.6.1. Asustando y manipulando
 - 4.2.6.2. Confianza y vergüenza
 - 4.2.6.3. De tú a tú
 - 4.2.6.4. Demostrando quién tiene el poder
 - 4.2.6.4.1. Hospitalización o calabozo
 - 4.2.6.4.2. Pillado
 - 4.2.6.5. Expectativas sobre la reacción del padre
 - 4.2.6.6. Fingiendo para quedar bien
 - 4.2.6.7. Intento paterno de encauzar al hijo
 - 4.2.6.7.1. Controlando con la mirada
 - 4.2.6.7.2. Frecuencia del uso del límite
 - 4.2.6.8. Pretextos y engaños
 - 4.2.6.9. Rompiéndose la negación

- 4.2.7. Relación con la madre
 - 4.2.7.1. Blandita para mantener los límites
 - 4.2.7.2. Comodidad
 - 4.2.7.3. El reencuentro con su madre
 - 4.2.7.4. Rechazo por resentimiento
 - 4.2.7.5. Solución al reencuentro
 - 4.2.7.6. Expresión de afecto
 - 4.2.7.6.1. Los motes cariñosos
 - 4.2.7.7. Forma de hacer de las madres
 - 4.2.7.8. Ganancias secundarias
 - 4.2.7.8. La falta de respeto
 - 4.2.7.9. La manipulación
 - 4.2.7.9.1. Abusar del afecto
 - 4.2.7.9.2. Su fuente de ingresos
 - 4.2.7.9.2.1. A escondidas del padre
 - 4.2.7.9.2.2. El reparto del sueldo
 - 4.2.7.10. NO TENGO MUCHA CONFIANZA CON MI MADRE
 - 4.2.7.10.1. Buscando alianzas para comunicarse con su
 - 4.2.7.10.2. madre de otra manera
 - 4.2.7.10.3. Exageraciones y sus contrastes
 - 4.2.7.10.4. Importancia de la opinión de su madre
 - 4.2.7.10.5. Los enfados
 - 4.2.7.10.5.1. Consecuencias
 - 4.2.7.10.5.2. Consistencia
 - 4.2.7.10.5.3. Desenfadarse
 - 4.2.7.10.5.4. Intensidad y Duración
 - 4.2.7.10.5.5. Motivos
 - 4.2.7.10.5.5.1. NO SÉ POR QUÉ
 - 4.2.7.10.5.6. Preferencias en los enfados
 - 4.2.7.10.5.7. Utilidad
 - 4.2.7.10.6. NO SE LO CUENTO
 - 4.2.7.11. Utilización de la enfermedad
 - 4.2.7.12. Respeto al sólo al padre
- 4.3. La vida con los abuelos

4.3.1. Abuelos dedicados a la educación del nieto

4.3.2. Controversia

4.3.3. Las rabietas infantiles

4.4. Temas conflictivos con la abuela

4.4.1. La ropa

4.4.2. VAS A IR A UN HOGAR

5. Utilidad del fumar

6. A PARTIR DE AHÍ EMPECÉ A DROGARME

6.1. A MI PUTA BOLA

6.2. BUSCABA EVADIRME

6.3. Desvinculación de la familia

6.4. Experiencias agradable

6.4.1. Consecuencias desagradables

6.4.1.1. Confusión

6.4.1.1.1. Lo normal y lo exagerado

6.4.1.2. La cascada en la garganta

6.4.1.3. La reacción de la madre

6.4.1.3.1. Ignorando el consumo

6.4.1.3.2. Permisividad para el alcohol

6.4.1.4. LO QUE ME HAN CONTADO PORQUE YO NO ME

6.4.1.4.1. Despreciando la vivencia

6.4.1.4.1.1. La reacción ante la reacción

6.4.1.4.2. El reproche de los amigos

6.4.1.4.2.1. El mal rato por el peligro vivido

6.4.1.4.2.2. Enfadados

6.4.1.5. NO PODÍA DORMIR

6.4.1.5.1. Escribiendo contra el insomnio

6.4.1.5.2. Insomnio por miedo

6.4.1.5.2.1. Alucinaciones del sueño

6.4.1.5.2.1.1. Crisis nocturna

6.4.1.5.2.1.2. Dudas sobre lo vivido

6.4.1.5.2.1.3. Pensamiento mágico-mítico

- 6.4.1.6. Pérdida de control
- 6.4.2. En compañía de su hermana
 - 6.4.2.1. Reactividad de la mediana
 - 6.4.2.1.2. Consumir con desfase
 - 6.4.2.2. Recuerdos contextualizados
 - 6.4.2.3. Recuerdos deformados

7. LA VIDA ES UN JUEGO

- 7.1. Arriesgarse a lo prohibido
- 7.2. CONOCER EL MUNDO DE LAS DROGAS
 - 7.2.1. Categorías de camellos
 - 7.2.2. DAS TU CARA
 - 7.2.3. Del hachis a la cocaína
 - 7.2.4. El miedo a la heroína
 - 7.2.5. Etiquetado falsamente
 - 7.2.6. Las malas consecuencias
 - 7.2.7. Lo que cuesta
 - 7.2.8. Los traficantes
 - 7.2.9. MIS ENTRENADORES
 - 7.2.10. Reglas de las rayas
 - 7.2.11. Romper con las normas
 - 7.2.12. UN ARGOT MUY MALO
 - 7.2.13. Una cuerda para salir del hoyo
 - 7.2.13.1. Cambiando de ambiente
 - 7.2.13.2. Concienciado
 - 7.2.13.3. El miedo afrontado
- 7.3. Entrenamiento en negociación
- 7.4. Expulsión del colegio
- 7.5. Intereses actuales
- 7.6. La gota que colma el vaso
- 7.7. LA VIDA ES SENTIMIENTO
- 7.8. Lamento
- 7.9. Las normas
- 7.10. Mi deporte favorito
- 7.11. Pensamiento universal simplista

7.12. UN JUEGO SIN REGLAS

8. MI TEMA

8.1. El hogar

8.2. El impulso del abandono útil para hacer amigos

9. YO SÓLO PIENSO EN EL PRESENTE

9.1. Las peleas

9.2. Relación entre presente y futuro

9.2.1. Presente sin esfuerzo

9.2.1.1. Hacer sin pensar

9.2.1.1.1. Hacer y pensar o pensar y hacer

9.2.1.1.2. Su confusión

9.2.1.2. LA COSA ESTÁ EN MÍ

9.2.1.3. La obligación

9.2.1.4. No leer

9.3. PARA QUÉ QUIERO SABER MÁS

9.3.1. Futuro malo

9.3.2. Mi vida

10.TC

10.1. La rebeldía

10.1.1. Crítica a la rebeldía

10.2. Manifestaciones

10.3. Problemas con la justicia

10.3.1. Consecuencias

10.3.1.1. Me lo pasé bien

10.3.1.2. Recuerdo con risa

10.3.1.3. Trabajos sociales hechos

10.4. La necesidad de cambiar

10.4.1. El cambio tras algunos años

10.5. Impulsividad

10.6. Intensidad de la vida

10.7. Egocentrismo y Egoatría

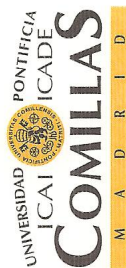
10.7.1. Egotismo

10.7.2. Omnipotencia

10.7.3. QUÉ TIENE DE MALO...

ANEXO 8. PREMIO SAN JUAN DE DIOS

AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



**La Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia
"San Juan de Dios"**

expide el presente

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

a favor de

D./Da. SUSANA MARQUÉS ANDRÉS

PREMIO AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "SUFRIMIENTO DEL ADOLESCENTE
DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO DE CONDUCTA"

**XXXI CERTAMEN DE ENFERMERÍA
"SAN JUAN DE DIOS"**

Madrid, 8 de Abril de 2011

La Presidenta del certamen



El Secretario del certamen

RECIBO N° : 02/11

RECIBO PAGO PREMIO CERTAMEN

AUTOR PREMIADO: SUSANA MARQUÉS ANDRÉS
N.I.F.: 14593238Z
DOMICILIO. AUTONOMÍA, 67ª-3ªE

Ha recibido de la "Escuela Universitaria de enfermería y Fisioterapia Unidad Docente Ciempozuelos", con domicilio en Avda. San Juan de Dios, núm. 1 (Madrid), y con C.I.F. 2800009I, la cantidad de:

SEISCIENTOS 600 EUROS.

Según el siguiente detalle:

Importe a cuenta del premio a percibir.....	600 €
Deducción del 21% sobre premios por I.R.P.F.	126 €
IMPORTE NETO A PERCIBIR	474 €

PREMIO A PROYECTO EN XXXI EDICIÓN, TÍTULO: "El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de Trastorno de Conducta".

LA AUTORA SE COMPROMETE A DESARROLLARLO Y FINALIZARLO PARA SU EVALUACIÓN EL 24 DE FEBRERO DE 2012.

Ciempozuelos, 8 de Abril de 2011



RECIBÍ: SUSANA MARQUÉS ANDRÉS

PAGADO MEDIANTE CHEQUE BANCARIO

ANEXO 9. PREMIO SAN JUAN DE DIOS 2012

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA



RECIBO N°: 05/12

RECIBO PAGO PREMIO CERTAMEN

AUTOR PREMIADO: SUSANA MARQUÉS ANDRÉS
N.I.F.: 1459338-Z
DOMICILIO: C/ AUTONOMÍA, 67 A 3º E
48012 BILBAO

He recibido de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia
Unidad Docente Ciempozuelos", con domicilio en la Avda. San Juan de Dios
núm. 1, Ciempozuelos (Madrid), y con C.I.F. R-28000091, la cantidad
de euros:

CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS EUROS.

según el siguiente detalle:

Importe del premio a percibir..... 5.400,00 €

Deducciones:

Retención del 21% sobre premios por I.R.P.F. 1.134,00 €

IMPORTE TOTAL NETO A PERCIBIR..... 4.266,00 €

PREMIO A PROYECTO PREMIADO EN XXXI EDICION Y CONCLUIDO SATISFACTORIAMENTE

TITULO: "El sufrimiento de los Adolescentes Diagnosticados de Trastorno de Conducta"

Ciempozuelos,

20 de Abril

de 2012



RECIBÍ: SUSANA MARQUÉS ANDRÉS

PAGADO MEDIANTE CHEQUE BANCARIO

ANEXO 10. COMUNICACIÓN INVESTÉN 2012 SOBRE EL TRABAJO PREMIADO

XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados 16th International Nursing Research Conference

Certificado de comunicación oral
Certificate of oral presentation

otorgado a
this is to certify that

Marqués-Andrés S, Rayón Valpuesta E, G. Vivar C,
Barrasa Santamaría L

por la comunicación oral
presented the oral presentation

**EL SUFRIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE
TRASTORNO DE CONDUCTA**

Cartagena, 6-9 de noviembre de 2012

Teresa Moreno Casbas
Comité Organizador
Organising Committee

investén
isciii

ANEXO 11. COMUNICACIÓN INDEX 2012 DIARIO DEL DOCTORADO



ANEXO 12. SESIONES DE DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: OSAKIDETZA 2013

primaria de la Comunidad (año 2011). Kronik
Estrella. Diseño, im
dad. Convocatoria Depart
e conducta. Premio XXXII

proceso de la intervención de una enfermera experta en terapia
ceso venoso y satisfacción de pacientes con terapias endovenosas pr
une (año 2011). Estibaliz Gamboa. Impacto del programa de educación en auto
go cardiovascular y calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 en atención
nsayo clínico aleatorizado de 2 años de seguimiento. Convocatoria Departamento de Sa
7). Miembro del grupo consolidado de Kronikgune Enveje

matel



Febrero
5 12 19

Sesión de Difusión
Investigación en Enfermería

Sesión de Difusión

Investigación en Enfermería

Febrero



5 de Febrero - Aula 10 -II de la Escuela Universitaria de Enfermería de Osakidetza de Vitoria-Gasteiz.

12 de Febrero - Salón de Actos del Hospital Universitario de Cruces.

19 de Febrero - Salón de Actos de BioDonostia.

16:00-16:10 Apertura de la sesión

16:10-17:15 Mesa de proyectos

Inmaculada Moraza. Impacto de la intervención de una enfermera experta en terapia intravenosa en los días de estancia, resultados de los dispositivos de acceso venoso y satisfacción de pacientes con terapias endovenosas prolongadas. Convocatoria de Ayudas a la Investigación Kronikgune (año 2011).

Estíbaliz Gamboa. Impacto del programa de educación en autocuidados **“Paciente Activo”** en el control metabólico, riesgo cardiovascular y calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 en Atención Primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco: ensayo clínico aleatorizado de 2 años de seguimiento. Convocatoria Departamento de Sanidad (año 2011), Kronikgune (año 2011) y FIS (año 2012). Miembro del grupo consolidado de Kronikgune Envejecimiento Activo y Saludable.

Itziar Estalella. Diseño, implantación y evaluación de una intervención enfermera sobre el cuidado de prematuros tardíos en planta de maternidad. Convocatoria Departamento de Sanidad (año 2011).

Susana Marqués. El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta. Premio XXXII Certamen de Enfermería San Juan de Dios (año 2012)

17:15-17:30 Turno de preguntas

17:30-18:15 Mesa de proyectos

Amaia Saenz de Ormijana. Líder de grupo emergente de investigación en Kronikgune: Cuidados al final de la vida: profesionales, pacientes y cuidadores como motor de avance hacia la excelencia.

Begoña Ruíz de Alegria. Evolución a largo plazo de las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis, su efecto sobre la calidad de vida. Convocatoria Departamento de Sanidad (año 2010).

Carmen Silvestre. Efectividad de la traslación de un programa de prevención primaria de diabetes tipo-II a la práctica rutinaria de atención primaria en Osakidetza. Convocatoria Departamento de Sanidad (año 2011), Kronikgune (año 2011) y FIS (año 2012).

18:15-18:30 Turno de preguntas y cierre de sesión

INMACULADA SÁNCHEZ MARTIN,
ASESORA DE ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA

CERTIFICA QUE:

SUSANA MARQUES ANDRÉS ha participado en la sesión de **DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN OSAKIDETZA** realizada el 5 de Febrero de 2013 en la Escuela Universitaria de Enfermería en Vitoria-Gasteiz con la presentación: *"El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta"*.

Y para que así conste donde proceda y surtan los efectos oportunos, se firma el presente certificado en Vitoria-Gasteiz 7 de Febrero de 2013.



Fdo: Inmaculada Sánchez Martin
Asesora de Enfermería de Osakidetza

INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN
ASESORA DE ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA

CERTIFICA QUE:

SUSANA MARQUES ANDRÉS ha participado en la sesión de DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN OSAKIDETZA realizada el 12 de Febrero de 2013 en el Hospital Universitario de Cruces con la presentación: *"El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta"*.

Y para que así conste donde proceda y surtan los efectos oportunos, se firma el presente certificado en Vitoria-Gasteiz 18 de Febrero de 2013.


 **Osakidetza**
ERIZAINTEAKO OSAKIDETZA
ASESORA DE ENFERMERÍA

Fdo: Inmaculada Sánchez Martín
Asesora de Enfermería de Osakidetza

INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN
ASESORA DE ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA

CERTIFICA QUE:

SUSANA MARQUES ANDRES ha participado en la sesión de **DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN OSAKIDETZA** realizada el 19 de Febrero de 2013 en el Hospital BIO Donostia con la presentación: *"El sufrimiento de los adolescentes diagnosticados de trastornos de conducta"*.

Y para que así conste donde proceda y surtan los efectos oportunos, se firma el presente certificado en Vitoria-Gasteiz 25 de Febrero de 2013.



Fdo: Inmaculada Sánchez Martin
Asesora de Enfermería de Osakidetza

ANEXO 13. COMUNICACIÓN “INTERPSIQUIS 2007”: VIII ED. CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA

<<http://hdl.handle.net/10401/4173>>

Título: Apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta, en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil.

Autor: Marqués, Susana
Landa, Merche
Barrasa, Lurdes
Amundarain, Mila

Fecha: feb-2007

Editorial: Intersalud

Tipo de documento: Comunicación congreso

Resumen: El desarrollo de un programa de atención a adolescentes con alteraciones de conducta, cuyos cuidadores informales son los padres es una necesidad en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Nuestra atención va directamente dirigida a los chavales, aunque durante las horas de visita diarias y fundamentalmente en las iniciales, se atiende a los padres perdidos ante la radicalización de las conductas de su hijo.

Descripción: Comunicación presentada en: 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2007. Psiquiatria.com. Febrero de 2007.

URL persistente: <http://hdl.handle.net/10401/4173>

Aparece en las colecciones: Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental
Interpsiquis 2007. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría



APOYO A PADRES DE ADOLESCENTES CON ALTERACIÓN DE CONDUCTA, EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL.

Susana Marqués; Merche Landa; Lurdes Barrasa; Mila Amundarain.
Hospital de Basurto. Bilbao.

RESUMEN:

El desarrollo de un programa de atención a adolescentes con alteraciones de conducta, cuyos cuidadores informales son los padres es una necesidad en una unidad de psiquiatría infanto juvenil. Nuestra atención va directamente dirigida a los chavales, aunque durante las horas de visita diarias y fundamentalmente en las iniciales, se atiende a los padres perdidos ante la radicalización de las conductas de su hijo.

Nos planteamos los siguientes objetivos a la hora de desarrollar el presente trabajo:

- Elaborar un protocolo de atención a los padres.
- Establecer los diagnósticos de enfermería de estos padres.

El apoyo de enfermería se traduce en las siguientes intervenciones:

- Asesoramiento a los padres durante todo el ingreso.
- Información de la vida familiar y los cambios convenientes.
- Escucha activa y útil sobre el proceso durante el ingreso.
- Apoyo emocional.
- Ayuda logística.

Todo dirigido a que los padres mantengan una actitud firme y diferente a la mostrada hasta el momento del ingreso, cuya resultante es el fracaso comunicativo entre padres e hijos que lleva a estos a mostrar la rabia contra aquellos, de forma tremendamente inadecuada.

La intervención propuesta pretende ayudar a los padres a tomar conciencia de la existencia de un problema real, importante y grave: la alteración de la conducta que puede desembocar en un

trastorno mayor, más estable y menos modificable con los recursos sanitarios existentes.

A partir de la revisión anual de objetivos de la unidad, la implementación de este protocolo de atención de enfermera con los padres, es una realidad. Las intervenciones citadas anteriormente encaminadas a la educación sanitaria de los padres se realizan a través de:

- Sesiones informativas iniciales sobre el trastorno del adolescente (qué le ocurre y porqué es así), las implicaciones sociales y familiares del mismo, las posibilidades de modificarlo.

- Acompañamiento físico durante las visitas más emotivas, donde la rabia del adolescente eclosiona y florece con mucha fuerza.

- Asesoramiento psicológico sobre diversos temas: motivación, estilos de crianza, extinción de conducta, frustración y rabia: correlación, activación, control, ...

Introducción

El trastorno de la conducta es un problema para el adolescente y su familia, repercutiendo sus consecuencias en la sociedad, al consumir gran cantidad de recursos sanitarios, judiciales y sociales. Se define este trastorno como un patrón repetitivo y persistente de conductas agresivas, desafiantes o antisociales. Es una de las formas más frecuentes de alteración psiquiátrica en niños y adolescentes, con una prevalencia calculada entre 1,5% y 3,4% en este grupo de edad y tres veces más frecuente en niños que en niñas(1). Esta conducta parece ser una condición estable a lo largo del tiempo, pudiendo aumentar en la adolescencia por el incremento de las demandas, momento en que tal conducta puede volverse cada vez más grave y compleja, llegando a ser catalogada como delincuencia(2). Los padres y maestros expresan dificultad acerca de las dificultades del manejo de la conducta de estos chavales: ansiedad, tristeza y aislamiento social, aumento de la actividad, bajo control de impulsos, incumplimiento, agresiones dirigidas a padres y golpes de genio(3).

Existen algunos factores de riesgo asociados, incluyendo causas genéticas, biológicas y ambientales, siendo estas últimas altamente relevantes y entre ellas destacamos los factores familiares como el estilo de crianza y la vinculación de los padres, las enfermedades mentales de éstos, padres antisociales, disciplina rígida y errática, abuso en la infancia y negligencia, baja supervisión por parte de los padres, abuso de sustancias en los padres, rechazo de los padres al niño, falta de armonía en la pareja de padres, paternidad ejercida de forma monoparental, familias de gran tamaño y condiciones de pobreza(1).

Las intervenciones a los padres se sustentan en la hipótesis de que si las relaciones de la familia se movilizan adecuadamente pueden convertirse en un potente agente terapéutico para reducir la conducta indeseable y reducir las recaídas(1).

Se demostró que los enfoques conductuales son sumamente eficaces, adoptando habitualmente la forma de entrenamiento de los padres cuando los adolescentes viven en el hogar con ellos o con cuidadores y no se encuentran bajo tratamiento en internados. Con frecuencia se ha demostrado que las intervenciones de entrenamiento para los padres, individual o grupal por un terapeuta mejoran el comportamiento de los niños y previenen trastornos de conducta futuros. Tiene el inconveniente del elevado coste en recursos, coste que se reduce cuando se utilizan medios de comunicación: folletos, manuales, programas informáticos, libros, cintas de audio, o la combinación de éstos. La intervención basada en medios de comunicación puede ser suficiente para conseguir

cambios significativos en la conducta del adolescente(3).

Por otro lado, los programas de entrenamiento en grupo para padres tienen un impacto positivo sobre la conducta en niños entre 3 y 10 años, aunque estos hallazgos no se aplican al grupo de edad superior a los 10 años con trastornos de conducta(1).

Lejos de creer ciega e ingenuamente en la efectividad de las intervenciones conductuales para todas las familias, somos conscientes de la resistencia mostrada por algunos padres en modificar sus actuaciones con los hijos, bien por su funcionamiento individual bien por la existencia de otros factores que impedirán los cambios. Tal resistencia o ineficacia está recogida en la literatura científica(3), justificándola en la existencia de factores propios de la familia como el consumo de alcohol u otras drogas por parte de los padres, o factores de origen externo como la pobreza, por ejemplo.

El entrenamiento conductual de los padres se refiere a los procedimientos en que se entrena a los padres para cambiar la conducta del niño en casa, aprendiendo a usar procedimientos específicos para alterar las interacciones con el niño, a promover la conducta prosocial y a disminuir la conducta desviada. El entrenamiento se basa en la siguiente idea: los problemas de conducta son desarrollados y mantenidos de forma inadvertida en casa por interacciones inadecuadas entre los padres y los hijos(4). Basar las intervenciones familiares en los conocimientos acerca de la familia, el contexto familiar y su funcionamiento se debe a la idiosincrasia propia de cada núcleo familiar.

Utilizaremos los diagnósticos de enfermería para entender mejor la atención a los padres y en definitiva a la familia, introduciendo resultados e intervenciones enfermeras, con los resultados pretendidos y las intervenciones propuestas, algunos incluso basados en la evidencia. En este sentido el entendimiento de la estructura familiar, los patrones de comunicación, la historia de asistencia sanitaria y las influencias culturales facilitarán las intervenciones efectivas por parte de enfermería. Es importante considerar que en muchas familias el modelo de afrontamiento de la comunicación incluye la negación como forma de defensa ante ciertos conflictos, y este es generalmente un comportamiento aprendido(5).

Material y método

Para poner en marcha todos estos cuidados y darles una estructura, nos hemos basado en la revisión bibliográfica realizada en MEDLINE, CINAHL y la biblioteca Cochrane y hemos elaborado un protocolo de enfermería.

Nuestra atención hospitalaria va directamente dirigida a los chavales con trastornos mentales en este caso nos referimos a trastornos de conducta, aunque durante las horas de visita diarias, nuestro apoyo es a sus padres. Los diagnósticos de enfermería(5,6) según las necesidades detectadas, basadas en Virginia Henderson, son los siguientes y los describimos a continuación. Anexo 1.

En las intervenciones desarrollamos una serie de cuidados dentro del protocolo desarrollado en el Anexo 2 para consensuar las intervenciones enfermeras, mantener un seguimiento y facilitar la tarea a las enfermeras de nueva incorporación (vacaciones, bajas o libranzas).

· Información anticipada en el momento del ingreso, sobre el comportamiento de los críos ante las visitas, la explicación de los motivos por los que llegan a esta alteración: intolerancia a la

frustración, consumo de THC, falta de motivación, estilo de crianza negligente, ... Así como el futuro del trastorno, los cambios que son recomendables introducir en la dinámica de la vida familiar. Este apartado lo desarrollamos con el material recogido en el Anexo-3(7,8,9) .

- Escucha activa y útil en los horarios de visita o bien a las últimas horas del turno en contacto telefónico, favoreciendo el drenaje de emociones con el relato del sufrimiento sobre lo que están pasando en el ámbito familiar.

- Ayuda logística para el cumplimiento del rol con acompañamiento físico y presencia en el lugar donde se desarrolla la reunión familiar durante la visita para mantener el autocontrol emocional ante los mensajes verbales, actitudinales y no verbales de los chavales. Éstos descargan la ira sobre los padres a quienes consideran culpables del ingreso, de haberles estropeado la vida, de considerarles locos y de no hacer lo que ellos realmente quieren.

- Apoyo emocional e información sobre las reacciones de los adolescentes ante la frustración que supone estar ingresados con el objetivo de apoyar en la decisión de mantener el ingreso ante la fuerte presión emocional ejercida por los chavales para convencer a sus padres a pedir el alta voluntaria.

Ø Cuidados consensuados con la familia a través del asesoramiento sobre las formas que existen de motivar, incidir en la atención contingente sobre las consecuencias de la conducta para aprender en función de lo que hacen, fórmulas conductuales para conseguir la extinción de conductas, las formas de aprendizaje utilizadas, el establecimiento de límites en el sentido de la utilización del no y las normas, la utilización del tiempo fuera, las formas de evitación que utilizan en la familia, los castigos más frecuentes. Para este tema utilizamos el material descrito en el Anexo-4(10,11,12,13).

Ø Asertividad: Resolución de conflictos, manejo de la curva de hostilidad para controlar la ira. Defensa de derechos personales y mensaje-yo para hacer críticas Anexo 5(11,14,15).

Han de ser explicaciones muy sencillas, personalizando los ejemplos aprovechando las historias relatadas por los padres así como las inquietudes y preocupaciones que a la vez permitirán a la enfermera identificar posibles percepciones equivocadas y/o dudas, reafirmando la experiencia de una forma aceptable.

La evaluación de la intervención efectuada con nuestro protocolo la realizaremos a través de varios instrumentos que cumplen varios requisitos. Por una lado han de tener publicadas las propiedades psicométricas y deben ser medidas de autoinforme completadas por uno o ambos padres, Anexo 6(16,17). Por otro lado, recogeremos datos para valorar la repercusión de la conducta del hijo en la vida de cada uno de los padres. Estos datos serán el cumplimiento de los padres de las tareas pautadas con las lecturas de los documentos entregados, el consumo de psicofármacos (cantidad y tipo), las consultas al médico de familia, psicólogo o psiquiatra, existencia de incapacidad laboral transitoria (tiempo y diagnóstico).

Discusión

El contexto familiar incluye todos los aspectos de los sistemas mayores de la sociedad. El contexto es el escenario para las relaciones interactivas y la revelación de cada uno en su especificidad, el lugar donde las relaciones funcionales ocurren y el entorno para promover rutinas familiares

saludables(5). Sin embargo, la experiencia nos demuestra que también es el núcleo donde se dan los mayores problemas de relación y comunicación, y quizás hasta llegar al límite de afirmar que es en la familia donde se gestan los trastornos de conducta de los adolescentes.

El apoyo familiar es un buen predictor para el autocontrol positivo(5). Esta es la razón por la que la familia ha de ser el objeto de los cuidados enfermeros, más allá de la atención individual del adolescente. Esta necesidad está empezando a surgir y todavía el sistema sanitario no contempla esta atención conjunta a pesar de que los datos basados en la evidencia apuntan en esta dirección. En este sentido el hogar proporciona la oportunidad para abordar la producción de salud en lugar de atomizar el tratamiento y desglosarlo en cada uno de sus miembros sin tener en cuenta las interacciones entre los miembros de la familia.

Es quizás este otro de los déficit mantenidos a partir de la reforma sanitaria, cuando se dejó en el seno de la familia enfermos, personas que hasta ahora eran contenidas, controladas y mantenidas en instituciones y que a partir de aquella se les obliga a convivir, produciéndose en muchos casos más demanda, más enfermedad, mayores niveles de malestar y en consecuencia peores niveles de calidad de vida. La necesidad de mejorar la información tanto a los propios enfermos como a las familias, pone de manifiesto la importancia del componente educativo que proporciona conocimiento y comprensión al grupo familiar que se ha convertido en el principal cuidador del enfermo, mejorándose el curso de la enfermedad, pero también la relación con él, y con los profesionales(18).

Parece que la atención telefónica(3) a los padres se considera como poco efectiva, al entender que fomenta la dependencia hacia los profesionales por la cercanía y la facilidad de utilización de un recurso siempre disponible. Pero en nuestra experiencia, la atención telefónica es una manera de prevenir los reingresos o las demandas de consultas, ya que los padres se afianzan en las indicaciones marcadas, recuerdo de las pautas dadas a través de la documentación durante el ingreso.

La CAS hace referencia a cualquier conducta que refleje infringir reglas sociales y/o sea una acción contra los demás. Está próxima a conceptos como trastorno disocial y delincuencia(8), problemas mucho más estables y refractarios a cualquier tratamiento y a los que se puede llegar si no hay una modificación de la citada conducta.

Confiar en el estilo de crianza como garante del éxito es una ingenuidad, pues éstos marcan una intención(9) para apoyar o estar en contra del desarrollo de los hijos pero no significa que sólo con tal intención se consiga el objetivo perseguido. Es necesario considerar otros factores tales como las características de los chavales, el contexto socio-cultural de la familia, las peculiaridades de los padres, ... Además de la intención está la interpretación personal de los distintos conceptos, confundiéndose a menudo la autoridad democrática con la permisividad repercutiendo directamente en las prácticas de crianza.

Conclusiones

La familia como núcleo básico y fundamental de la sociedad también ha de ser objeto de cuidados psicológicos para mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de sus miembros, pudiendo desarrollarse cada uno de ellos como personas, en la armonía de un núcleo de afecto.

Este trabajo forma parte del tratamiento integral que se da a los adolescentes ingresados con

diagnóstico de trastorno de conducta. Una parte importante de la evolución de estos adolescentes depende de los cuidados que les den sus padres mediante intervenciones con conductas adaptadas.

A veces los padres desbordados se sienten impotentes ante la conducta del hijo, culpables por el ingreso y vivenciando todo el proceso con gran angustia. Por ello el ingreso es un momento adecuado para darles apoyo de formas diferentes. Apoyo emocional escuchándoles, con presencia; apoyo educacional aportando información sobre el trastorno, explicando las actuaciones a llevar a cabo y las que evitar (Por ejemplo: castigo). Durante el ingreso se trabaja con ellos la extinción, el tiempo fuera y el establecimiento de límites y la existencia de normas para que después puedan incorporarlos en casa con más habilidad y seguridad.

Bibliografía

1. Woolfenden, S. R.; Williams K., Peat, J.: Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última modificación significativa: 28 de feb de 2001. Citado el 24 de dic de 2006
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; 36(10 supplement):122S-139S.
3. Montgomery, P.; Bjornstad, G.; Denny, J.: Tratamientos conductuales basados en los medios de comunicación para los trastornos de conducta en los niños. (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última modificación significativa: 26 de set de 2005. Citado el 24 de dic de 2006.
4. Kazdin, A.E.: Conducta Antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid. Pirámide, 2002
5. Jonson, M.; Maas, M.; Morread, S.: Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª edición. Harcourt - Mosby. Barcelona, 2003
6. McCloskey Dochterman, J.; Bulechek, G.M.: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier - Mosby. Barcelona, 2004
7. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Tomado de personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv1.html#5 Citado el 26 de dic de 2006.
8. Bermúdez, M.P.; Bermúdez, A.M.: Manual de psicología clínica infantil. Técnicas de evaluación y tratamiento. Madrid. Biblioteca nueva, 2004
9. Gaxiola Romero, J.; Frías Armenta, M.; Cuamba Osorio, N.; Franco Betanzos, J.D.; Olivas

Salido, L.C.: Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. Enseñanza e investigación en psicología. Universidad Veracruzana. Ene-Jun 2006. Vol. 11-1:115-128

10. Cervera, M.: Paternidad positiva.

11. Carrobbles, J.A.; Pérez-Pareja, J.: Escuela de padres. Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil. Pirámide

12. Mena Pujol, B.; Nicolau Palou, R.; Salat Foix, L.; Tort Almeida, P.; Romero Roca, B.: El alumno con TDAH. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Mayo. Barcelona. Fundación ADANA, 2006ª edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana, 2001

13. Johnson, B.S.: Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Adaptación y crecimiento. 4

14. Weisinger, H.: Técnicas para el control del comportamiento agresivo. Barcelona. Martínez Roca, 1984

15. Costa Cabanillas, M.; López Méndez, E.: Manual para el educador social. Afrontando situaciones. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.

16. Spielberg, C.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R.E.: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. Madrid. TEA, 1982

17. Jonson, M.; Maas, M.; Morread, S.: Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). Madrid. Harcourt- Mosby, 2003

18. Marqués Andrés, S.: Cuando los costes invisibles de la enfermedad los pagan las familias: el caso de la esquizofrenia. Evidentia 2005 mayo-agosto; 2(5). En: www.index-f.com/evidentia/n5/126articulo.php [ISSN: 1697-638X]. Citado el 28 de dic de 2006

ANEXO 1 Diagnósticos NANDA

NECESIDADES SEGÚN V. HENDERSON Y DIAGNÓSTICOS NANDA

1. SEGURIDAD

1.1. Afrontamiento defensivo 1.2. Negación ineficaz 1.3. Ansiedad 1.4. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar

2. COMUNICACIÓN

2.1. Afrontamiento inefectivo

3. TRABAJAR REALIZACIÓN

3.1. Afrontamiento familiar comprometido 3.2. Afrontamiento familiar incapacitante 3.3. Deterioro parental 3.4. Conflicto del rol parental

4. APRENDER

- 4.1. Mantenimiento inefectivo de la salud 4.2. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
4.3. Déficit de conocimientos

ANEXO 2 Procedimientos

1. ACOGIDA A PADRES

OBJETIVO: Informar sobre el funcionamiento de la unidad. Reforzar a los padres por la decisión tomada.

QUIÉN: La enfermera de mañana en ingresos programados. La enfermera del turno que sea el ingreso procede de urgencias.

MATERIAL: Hojas de información a padres. Documentación sobre paternidad positiva y el Anexo 3.

PROCEDIMIENTO: Presentación de la enfermera a los padres: nombre y apellidos. Recoger la documentación de admisión. Explicación de la normativa de la unidad y de sus características. Mostrar la unidad. Explicar la política de visitas y citas con la psiquiatra. Explicarles someramente qué es una alteración de conducta. Explicación de la rutina cotidiana de la unidad. Recogida de los datos de enfermería en hoja al uso. Revisión de las pertenencias, entregando a los padres los objetos no permitidos en la unidad o los potencialmente peligrosos para el ingreso: teléfonos, tabaco y mecheros, cinturones, etc.

REGISTRO: Rellenar los datos en la historia clínica.

PRECAUCIONES: Insistir en la información sobre el trastorno. Control de la rabia de los padres, evitando el drenaje ante el adolescente permitiéndoles ese vaciado con la enfermera.

2. 1ª VISITA TRAS 24 HORAS DE INGRESO

OBJETIVO: Apoyar emocionalmente a padres ante el rechazo del hijo. Escucharles en su sufrimiento y expresión de angustia. Aportar información anticipada sobre el trastorno y la posible evolución del chaval. Acompañarles durante la visita. Modelar y moldear el autocontrol emocional ante la expresión de la rabia del hijo.

INDICACIÓN CLÍNICA: Evitar la evitación confrontando a la familia para que empiecen una comunicación diferente.

QUIÉN: Enfermera y auxiliar en turno de tarde, o de mañana los fines de semana.

MATERIAL: Mesa y sillas. Entregar los documentos sobre paternidad los reforzadores del comportamiento, problemas de comportamiento y cómo disminuir y eliminar los comportamientos desadaptados. Alarma avisadora para el caso de agitación o excesivo descontrol con riesgo de auto/heteroagresión. Puertas cerradas (jardín y acceso a las habitaciones).

PROCEDIMIENTO: Observar la acogida del hijo hacia los padres e iniciar el acercamiento. Explicar

a los padres antes de entrar el estado emocional del chaval, dándoles pautas para que no reaccionen a sus provocaciones. Mantener autocontrol sin rebatir lo que está diciendo. Explicar el funcionamiento de la curva de hostilidad y los pasos a dar. Cuando el chaval se aleje de los padres, la enfermera permanece con ellos, explicándoles el funcionamiento de la rabia, cómo disminuirla y llegar a extinguirla. Pactar con los padres el permiso para la expresión inadecuada de la ira, escuchando la rabia pero no el mensaje que transmite. Si hay descontrol, finalizar la visita para evitar riesgos. Explicar a los padres el principio de extinción y tiempo fuera. Explicar la necesidad de establecer límites y normas a cumplir, con consecuencias por incumplimiento. Escuchar las historias familiares expresivas del sufrimiento, favoreciendo el drenaje emocional, aprovechando a que hagan autocrítica y se comprometan a cambios sugeridos.

REGISTRO: Anotar en hoja de evolución el transcurso de la visita, las incidencias y los logros.

PRECAUCIONES: Evitar la evitación de los padres. Evitar la agresividad verbal y física. Explicar la manipulación emocional a los padres para conseguir el alta voluntaria. Insistir en la información sobre la realidad.

3. VISITAS SUCESIVAS

OBJETIVO: Asesorar sobre la motivación a través del refuerzo social y escuchar activamente para drenar emociones y útil para formentar autocrítica y generar responsabilidad.

INDICACIÓN CLÍNICA: Modificar hábitos de reforzar materialmente de forma no contingente.

QUIÉN: Enfermera y auxiliar de turno de tarde o de mañana en fines de semana.

MATERIAL: Aportar cada día la documentación necesaria para que los padres aprendan los principios para la modificación de la conducta. Mesa y sillas. Alarma.

PROCEDIMIENTO: Recordar las pautas del día anterior. Solucionar las dudas respecto al material entregado el día anterior. Modelar con ejemplos propios de la familia las instrucciones para cambiar conductas relacionales de interacción padres-hijo. Si hay descontrol, finalizar la visita para evitar riesgos. Recordarles los principios de modificación conductual: refuerzos y castigos, extinción y tiempo fuera. Explicar de nuevo la necesidad de establecer límites y normas a cumplir, con consecuencias por incumplimiento. Escuchar las historias familiares expresivas del sufrimiento, favoreciendo el drenaje emocional, aprovechando a que hagan autocrítica y se comprometan a cambios sugeridos. REGISTRO: Anotar en hoja de evolución el transcurso de la visita, las incidencias y los logros.

PRECAUCIONES: Evitar la evitación de los padres. Evitar la agresividad verbal y física. Explicar la manipulación emocional a los padres para conseguir el alta voluntaria. Insistir en la información sobre la realidad.

4. ALTA VOLUNTARIA

El 1º ó 2º día de visita tras el ingreso, los padres presionados por el chaval, solicitan el alta voluntaria sintiéndose culpables por el mensaje que éste les transmite.

OBJETIVO: Recomendar el mantenimiento del ingreso basado en la importancia del cuadro. Apoyar la decisión de los padres, evitando mayor culpabilización.

INDICACIÓN: Los padres, responsables del menor solicitan este tipo de alta.

MATERIALES: Hoja autocalcable de alta voluntaria. Bolígrafo.

PROCEDIMIENTO: Avisar al médico de guardia e informarle de la decisión de los padres para que valore un ingreso involuntario. Facilitar un informe de alta voluntaria a los padres y las recetas correspondientes. Registrar en la evolución el episodio tal y como se ha desencadenado. Archivar el documento de alta voluntaria con la historia clínica. Dar alta en el ordenador.

PRECAUCIONES: Asegurarse que los padres firman la documentación correspondiente del alta voluntaria. Garantizar que se lleven un informe de alta voluntaria. Registrar informáticamente el alta voluntaria.

ANEXO 3 La conducta antisocial en adolescentes

La conducta antisocial es un problema serio entre niños y adolescentes. Su gravedad viene dada por varios aspectos:

- La problemática que supone su comportamiento: robos, mentiras, conductas agresivas
- El mal pronóstico de este tipo de comportamiento. Es decir, el alto índice de que esta problemática continúe y se agrave a los largo del desarrollo del sujeto, sirviendo de base a otros problemas o patologías.

Se entiende por conducta antisocial cualquier conducta que refleje el infringir reglas sociales y/o sea una acción contra los demás. Su identificación es muy vaga, siendo los criterios utilizados, la frecuencia de este tipo de comportamientos, su repetición y cronicidad además de su magnitud.

La diferencia de la conducta antisocial y el trastorno disocial radica en el deterioro clínicamente significativo a nivel laboral, escolar y social, además de existir la conducta antisocial.

Las características y la dinámica propia de la conducta antisocial pueden llevar fácilmente al sujeto ante la justicia, siendo necesario distinguirla de la delincuencia en la que ya ha existido un contacto oficial con la justicia. Hay conductas ilícitas e incluyen delitos que llevarían a prisión si los cometiera un adulto (homicidio) y conductas que son ilegales por la edad de quien las comete (consumo de alcohol y otras sustancias). Sin embargo, los jóvenes con trastorno disocial pueden realizar o no conductas delictivas, tener contacto con la justicia o las fuerzas de orden público, pero no ser necesariamente delincuentes. O al contrario, un delincuente a pesar de sus delitos puede no tener un trastorno.

La diferencia en función del sexo, los hombres incurren más frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Las mujeres tienden a incurrir en mentiras, absentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución.

En la actualidad se ha incrementado la participación de las chicas en las bandas callejeras, su relación con la violencia y la justicia criminal.

A medida que avanza el desarrollo del sujeto, las conductas que aparecen son cada vez más graves. Respecto a las características asociadas que resultan definitorias en estos chicos,

destacaremos el exceso de actividad motriz, agitación, impulsividad, falta de atención y mayor actividad en general, junto con la percepción de autoeficacia (capaz de hacer cualquier cosa), inestabilidad emocional (principal predictora de la agresividad), dificultades académicas, malas relaciones interpersonales, déficit en habilidades de resolución de conflictos.

Entre las características de los padres destacan las prácticas disciplinarias inadecuadas, la conflictividad en las relaciones familiares, la comunicación intrafamiliar más agresiva. Un factor de importancia crucial es la falta de apego emocional a los padres por parte de los hijos, alcanzando niveles espectaculares de importancia cuando se combina con la impulsividad de los adolescentes. Entre los factores protectores de presentar problemas de conducta se encuentran las pautas educativas y las características familiares tales como la adecuada organización familiar, fijar metas, la cohesión familiar, una disciplina flexible y congruente, sin depender del estado de ánimo de los padres y la supervisión de las actividades del adolescente.

Se ven características de tal conducta en el trastorno disocial, en el trastorno negativista desafiante, en el trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento, trastorno antisocial de la personalidad y en condiciones no debidas a un trastorno mental.

Ø TRASTORNO DISOCIAL A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

- Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros. 2. A menudo inicia peleas físicas. 3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas por ejemplo, bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola. 4. Ha manifestado crueldad física con personas. 5. Ha manifestado crueldad física con animales. 6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada). 7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

- Destrucción de la propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves. 9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

- Fraudulencia o robo

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona. 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones. 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, falsificaciones).

- Violaciones graves de normas

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternales, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad. 14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo). 15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica

o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad. El tipo depende de la edad de inicio, infantil cuando se inicia alguna característica del trastorno antes de los 10 años de edad y adolescente cuando lo hace después de los 10 años.

Respecto a la gravedad, puede diferenciarse en:

Leve: los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".

Grave: los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Ø TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas. 2. A menudo discute con adultos. 3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones. 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas. 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros. 7. A menudo es colérico y resentido. 8. A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables. B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral. C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

Ø TRASTORNO ADAPTATIVO CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO

Existe una violación de los derechos de los demás y/o de reglas sociales importantes para la edad, pero el trastorno se produce como un factor de reacción a una fuente de estrés identificable.

Ø TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Se caracterizan por un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde los 15 años. Para el diagnóstico el sujeto ha de tener, al menos, 18 años.

Ø CONDICIONES NO DEBIDAS A UN TRASTORNO MENTAL

Se trata de acciones antisociales aisladas, no patrones de comportamiento que no aparecen asociadas a trastorno mental.

LOS ESTILOS DE CRIANZA

La crianza abarca el conjunto de actividades que los padres practican con sus hijos, así como la

administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico.

El estilo de crianza es toda constelación de actitudes y metas de los padres con respecto a la educación de sus hijos que se traducen en prácticas específicas que influyen en los comportamientos infantiles. Se diferencia de las prácticas de crianza en que éstas implican estrategias específicas utilizadas para conseguir aquellas metas.

Las características de los estilos de crianza varían según las culturas y los contextos sociales dentro de la misma cultura. Las creencias y los valores sobre la familia y las prácticas de crianza ejercen un potente influjo en las relaciones de los padres con sus hijos.

Existen tres estilos parentales de crianza que se distinguen por su nivel de afectividad, grado de control, nivel de exigencias y grado de comunicación.

1. Autoritario 2. Permisivo: indulgente y negligente o indiferente 3. Democrático

Los padres afectuosos y comunicativos se caracterizan por mantener unas relaciones cálidas y estrechas con sus hijos, ser sensibles a sus necesidades y por animarles a verbalizar sus deseos, mostrándose abiertos a sus intereses. En el otro polo se encuentran los padres fríos y hostiles, dominantes e incommunicativos. El control y la exigencia hacen referencia a las prácticas parentales dirigidas a la vigilancia de la conducta de sus hijos, el cumplimiento de las normas y la propuesta de situaciones que supongan retos y superación personal.

El estilo autoritario se caracteriza por ejercer un estricto control sobre el comportamiento de los hijos utilizando amenazas verbales y físicas, uso de castigos y prohibiciones continuas. Ponen un alto nivel de exigencias respecto a sus hijos, pero sin tener en cuenta sus características o necesidades. El nivel de exigencia y el control lo imponen los padres sin basarse en la comunicación o el diálogo. Ejercen un control-imposición en el cumplimiento de normas, la obediencia se considera una virtud y cuando las acciones o creencias del hijo entran en conflicto con las de los padres, se le castiga. Las manifestaciones afectivas (sensibilidad y calidez de las expresiones de cariño) son escasas, al igual que la capacidad de respuesta de los padres a las necesidades emocionales de los hijos.

El estilo democrático ejerce control y posee un alto nivel de exigencias sobre sus hijos como el autoritario, pero se diferencia en que también presenta un alto nivel de comunicación y afecto. Busca el consenso en el establecimiento de las normas, las explica, anima a la negociación, poseen unos límites claros y exige su cumplimiento, pero se adapta a las características de los hijos y consideran sus necesidades. Ejerce un control-guía de las normas. Les anima al esfuerzo personal y a afrontar situaciones nuevas, siempre dentro de sus capacidades y teniendo en cuenta sus limitaciones.

El estilo permisivo es afectuoso y comunicativo, el nivel de exigencias sobre el desarrollo y madurez de sus hijos es bajo y no ejercen control sobre su conducta, permitiéndoles que sean ellos mismos los que regulen sus acciones así como las interacciones adulto-niño. Las dos categorías en que se divide este estilo, el indiferente o negligente y el indulgente se caracterizan porque su nivel de exigencia y control es bajo, pero mientras en el indulgente hay afecto y comunicación, en el negligente o indiferente hay frialdad, distancia y despreocupación por las necesidades de los niños, pudiendo adoptar tintes de un tipo de maltrato.

Además del estilo educativo, en el desarrollo de los hijos intervienen también otros factores:

· características personales de los hijos. · Momento evolutivo. · Contexto social y cultural de la familia.

Pero el estilo educativo familiar más eficazmente contribuye al desarrollo de los hijos es el democrático por dotarle de mayor competencia cognitiva, afectiva y social, protegiéndoles de los periodos evolutivos difíciles así como de conductas antisociales o adictivas.

ANEXO 5

Desarrollamos material psicoeducativo para instruir a los padres con herramientas conductuales básicas para afrontar la relación con sus hijos. Los temas elaborados y trabajados los nombramos a continuación.

1. Introducción a la paternidad positiva 2. Lo heredado y lo aprendido 3. Los reforzadores del comportamiento 4. Problemas de comportamiento 5. Cómo disminuir y eliminar comportamientos desadaptados

5.1. Castigo 5.2. Modelado 5.3. Extinción 5.4. Tiempo fuera 5.5. Establecimiento de normas y límites

6. Crear, aumentar y mejorar algunos comportamientos 7. Aprendizaje por imitación 8. Golpes de genio, negativismo y agresividad 9. Puntos a recordar

CONFLICTOS FAMILIARES

· La ayuda a los padres · Solución de problemas · Autoinstrucciones · Componentes de la rabia · Cascada bioquímica de la de ansiedad · Curva de Hostilidad · Qué hacer y qué evitar en los momentos rabiosos · Aprender a criticar utilizando mensajes yo

ANEXO 6 Instrumentos para evaluar el protocolo

Utilizamos las siguientes herramientas que nos servirán para poder evaluar la intervención que estamos realizando.

· Inventario de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberg STAI E-R

· Ambiente interno de la familia

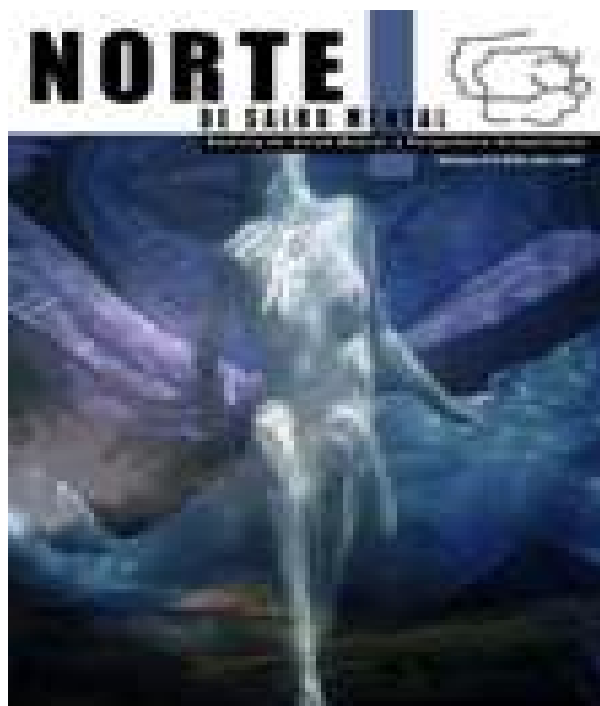
· Conducta de cumplimiento para evaluar el cambio de hábitos a partir de la intervención enfermera

· Conocimiento de la actividad prescrita que determina la magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescritos.

· Cuestionario de elaboración propia para conocer a los padres, muy sencillo y concreto con el que conocemos si han leído la documentación que les damos, si hemos aclarado suficientemente las dudas planteadas, si están necesitando medicaciones tranquilizantes o de otro tipo a partir de la

problemática con su hijo o si acuden a profesionales de la salud mental así como si requieren de baja laboral. También recogemos la edad, profesión y el número de hijos.

ANEXO 14. PUBLICACIÓN NORTE DE SALUD MENTAL 2007



Volumen VII, nº 28 Jun. 2007

www.ome-aen.org/norte.htm#n22

24/43

SUMARIO Volumen VII nº 28 (Junio 2007)

PRESENTACIÓN

[¿Qué Modelo deseamos en la atención a la salud mental?](#) ----- 6

Iñaki Markez

ORIGINALES Y REVISIONES

[Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería](#) ----- 8



Volumen VII, nº 28 Jun.
2007

Clara Valverde

Elementos para combatir la discriminación de las personas

con enfermedad mental
16

Graham Thornicroft

Estudio de la ansiedad del personal sanitario durante su formación académica 23

Iñigo Cearra; Jon Ander Atucha

PARA LA REFLEXIÓN

Primacía del deseo, servidumbre de la razón 29

Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu

La asistencia psiquiátrica en el contexto de la Bioética 41

Fernando Santander

Adolescencia e hipermodernidad 47

Manuel Fernández Blanco

La psiquiatrización del mal
57

Guillermo Rendueles

Osakidetza, nora zoaz?
59

Ander Retolaza

FORMACIÓN CONTINUADA

Discinesia Respiratoria: revisión y caso clínico 63

Pablo Malo, Esther Fernández, Enrique Aragiés, María Etxebeste y Luis Pacheco

Protocolo de actuación enfermera con adolescentes

con alteración de conducta
69

Susana Marqués, Lourdes Barrasa, Mila Amundarain, Mercedes Landa

HISTORIA

Hace 30 años en la psiquiatría vizcaína 75

Oscar Martínez Azumendi

A la búsqueda de reconocimiento
79

Llum Quiñero

ACTUALIZACIONES

Juan Medrano, Pere Mir, Iñaki Markez, Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatría para el no iniciado. Rafa Euba
85

Introducción a la psicoterapia grupal analítica. S.H. Foulkes 86

Conciencia, libertad y alineación. Fabricio Potestad y Ana Isabel Zuazu
87

Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión. GSMP 88

El museo vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia

“José Luis Goti” celebra su 25º aniversario 90

AGENDA

Próximas citas
93

Autora de portada:
Naiara Franco
Santamaría

AISLAMIENTO MENTAL

La portada representa el ahogamiento que sufre una persona cuando no encuentra un equilibrio mental; por ello, he escogido un cielo nublado que refleja la frustración venidera y un cuerpo bajo el agua, desnudo, indefenso, entra velos, que da a conocer el ansia de escapar de dicha situación. Las dos imágenes se superponen la una con la otra, con lo que se mostraría la visión de esta persona ante su situación agónica”

(ver contraportada)

(comité editorial)


(créditos)

(normas publicación)



[a SUMARIOS](#)

ANEXO 15. COMUNICACIÓN VIII JORNADAS ENFERMERÍA DEL PAÍS VASCO



EUSKALHERRIKO ERIZAINZAKO VIII. JARDUNALDIAK
2013ko ekainaren 3 eta 4an
VIII JORNADAS DE ENFERMERIA DEL PAIS VASCO
3 y 4 de junio de 2013

D. JON ETXEBERRIA CRUZ
ZUZENDARIA NAGUSIAK/DIRECTOR GENERAL


EGIAZTATZEN DU:

CERTIFICA QUE:


MARQUES ANDRES S., GARCIA VIVAR C., RAYON VALPUESTA E., BARRASA SANTAMARIA L. jaun /andreek 260 Erregistro-Zk.-ko: "ADOLESCENTES Y TRASTORNO DE CONDUCTA: UN PROCESO DE SUFRIMIENTO" komunikazio zientifikoa aurkeztu dutela ahozko komunikazio gisa Osakidetza eta Osasun Sailak antolatutako EUSKALHERRIKO ERIZAINZAKO VIII. JARDUNALDIETAN. Gasteizko Europar Biltzar-etxean 2013ko ekainaren 3 eta 4an egin dira jardunaldi hauek.

Los/as Sres/as. MARQUES ANDRES S., GARCIA VIVAR C., RAYON VALPUESTA E., BARRASA SANTAMARIA L. han presentado la comunicación científica Nº REG 260 : "ADOLESCENTES Y TRASTORNO DE CONDUCTA: UN PROCESO DE SUFRIMIENTO" como comunicación oral, en las VIII JORNADAS DE ENFERMERIA DEL PAIS VASCO, organizadas por Osakidetza y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y celebradas los días 3 y 4 de junio de 2013 en el Palacio Europa de Vitoria-Gasteiz.

Horrela jasota gera dadin eta dagozkion ondorioak izan ditzan, dataren egunean sinatzen du.
Y para que así conste, y surta los efectos oportunos, se firma en el día de la fecha.



Vitoria-Gasteizen, 2013ko ekainaren 4an
Vitoria Gasteiz, 4 de junio de 2013



ANEXO 16. PUBLICACIÓN EN EVIDENTIA: APRIORISMOS

01/08/13

EVIDENTIA, ISSN: 1697-638X



MÉTODO Y TEORÍA



¿Sufren los adolescentes con trastorno de conducta?*

Susana Marqués-Andrés

Hospital Universitario de Basurto Osakidetza-SVS. Bilbao, España

Correspondencia: Hospital Universitario de Basurto Osakidetza-SVS. Avenida de Montevideo, 18 - 48013 Bilbao, España

Manuscrito recibido el 25.5.2012

Manuscrito aceptado el 1.10.2012

Evidentia 2013 ene-mar; 10(41)

*Este trabajo forma parte de otro más amplio, premiado en 2011 como proyecto de investigación en el 31º Certamen de Enfermería "San Juan de Dios"

Cómo citar este documento

Marqués-Andrés, Susana. ¿Sufren los adolescentes con transtorno de conducta? Evidentia. 2013 ene-mar; 10(41). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n41/ev7981.php>> Consultado el 1 de Agosto de 2013

Resumen

Se hace una exposición de los apriorismos sobre el sufrimiento de los adolescentes con trastorno de conducta. Para ello se ha recurrido al proceso de la reflexividad.

Las ideas planteadas son previas al trabajo de campo realizado en la investigación llevada a cabo.

Quedan recogidos los planteamientos de partida de los que surge el interés de la autora por el fenómeno del sufrimiento, la justificación de la existencia del mismo, la forma en que estos se aprenden ciertas conductas emocionales y su expresión, así como algunas hipótesis de partida y lo que resulta importante para estos adolescentes.

Se llega a la conclusión que el sufrimiento está presente en la vida de estos adolescentes.

Palabras clave: Adolescentes/ Conducta/ Sufrimiento.

Abstract (Do teens with behavior disorder suffer?)

Reflexivity, has been the way through which the preconceptions about the suffering of teens with behavior disorder has been done.

The Ideas are presented starting on the suffering of the teenagers with a behaviour disorder. These ideas are gathered before carrying out the field-work within the research.

These main ideas sparked of the curiosity of the author about the already mentioned phenomenon, for instance, the justification to the existence of this phenomenon, the way in which the people who suffer from it learn some emotional behaviour, as well as, some basic hypothesis and the things that are meaningful for these adolescent.

With all this, we can consider that suffering, is a fact on these teens live.

Key-words: Teens/ Behavior/ Suffering.

De dónde surge mi interés por el sufrimiento

Mi andadura profesional como enfermera de salud mental desde el año 87, trabajando en salas de medicina donde las personas han de incorporar en su experiencia, además de la enfermedad concreta, situaciones relacionadas con el entorno sanitario. Posteriormente, desde el año 96 trabajando además como psicóloga con personas que se han desbordado ante situaciones con alto impacto emocional. Lo último, como enfermera especialista, el contacto con los adolescentes desde una unidad de psiquiatría infanto juvenil, se inicia hace diez años. De estos adolescentes que ingresan, los que están diagnosticados de trastorno de conducta (TC), me siguen impactando. Ingresan con los ojos muy abiertos, lanzados por la rabia y con el alma encogida por el miedo. Mis ideas sobre su sufrimiento las expongo a continuación; lo que considero que es sufrimiento, cómo lo manifiestan y en qué me baso para suponer su existencia. También señalo aspectos que, la experiencia me ha enseñado, son importantes para ellos, tanto como para cualquier adolescente, valorando los ejes sobre los que apoyan sus vidas. Esta es la lente con la que enfoco desde el agujero por el que miro la realidad que tengo ante mí y cómo la interpreto.

Mis preocupaciones y orientación hacia el sentido de la responsabilidad personal en el comportamiento manifestado por las personas con las que me relaciono como profesional de la salud, la observación de las situaciones que viven y los escenarios en que las afrontan,¹² es una parte de mi contexto analítico. También está mi interés por la psicología de la conducta,¹³ de las emociones¹⁴ y cogniciones.^{15,16} Por otro lado valoro las relaciones interpersonales,¹⁷⁻¹⁹ entendiéndolas como un reto para llegar a un adecuado entendimiento entre las personas. Todo ello, unido a mi interés por cuidar,²⁰⁻²¹ Cuidar desde el más absoluto respeto a la dignidad personal. Un cuidado encaminado a ayudar a que la persona se entienda mejor y, con ella su situación. Esto aporta posibilidad de control, llegando a partir de un esmerado autoanálisis y autocrítica de las propias actuaciones, emociones y pensamientos²² que la sustentan. Esto también son mis puntos de partida para entender el fenómeno del sufrimiento.

¿Qué entiendo por sufrimiento y sus manifestaciones?

Entiendo varias cosas cuando me refiero al sufrimiento:

- El malestar psíquico que impide disfrutar de las cosas, con las personas o incluso en soledad.
- El ensimismamiento para buscar dentro de sí mismo lo que no encuentran fuera. O para ordenar dentro lo que se ha trastocado desde fuera, por el impacto emocional que le ha producido.
- El aislamiento o la soledad que no se han buscado y, por tanto no se disfrutan o disgustan. Es un aislamiento o soledad que no se ha aprendido a disfrutar.
- El afrontamiento de la realidad cotidiana sin los recursos necesarios o suficientes para enfrentarla, con exigencias que superan las propias capacidades de manera real o interpretada por la persona como tal.

Desde estos planteamientos, concibo las formas habituales de manifestar el sufrimiento, el miedo o ira, como temor u hostilidad, en forma de agresividad hacia sí mismos o hacia los demás. Es una forma de reaccionar a su intenso malestar.

Respecto a la agresividad, el sexo es un hecho diferencial entre los adolescentes. Si son chicos, lo manifiestan con conductas más externalizantes y heteroagresivas, sin descartar un avance con la edad hacia la internalización con autoagresividad suicida o muy lesiva. Y cuando son chicas lo internalizan en forma de autoagresividad, autolesiones o tentativas suicidas, generalmente menos espectaculares. Suelen ser cortas en las muñecas, intoxicaciones con medicamentos, dejar de comer (anorexia) para "verse mejor", pellizcarse o rascarse la piel para erosionársela, etc.

Estas conductas, aunque no suelen saberlas explicar, se mantienen escondidas o reprimidas, respondiendo cada vez a su incapacidad de afrontarlas. Al preguntarles es frecuente que contesten con un "sin más" o "no me rayes", demostrando un hábito agresivo-defensivo.

Por otro lado, las conductas manifiestas suelen ser entendidas como irreflexivas y encaminadas a conseguir lo que quieren, sin pensar en las consecuencias de tales hechos. Una especie de capricho. Son conductas rechazadas por la falta de respeto expresada o la violación clara de los derechos de los demás. Son vistos como quienes sólo tienen derechos. Es un comportamiento claramente inadaptado, que pone de manifiesto la confusión del adolescente. Con él, el riesgo existente para su salud, y a veces la de aquellos que se encuentran dentro de su entorno.

Las conductas obedecen a la experimentación para encontrar soluciones, aunque parezca una experimentación sin sentido, la experiencia siempre les proporciona aprendizaje. Este aprendizaje se actualizará, cuando puedan pararse para reflexionar cuando tengan menos sufrimiento.

¿Hay sufrimiento en los adolescentes con trastorno de conducta?

En mi opinión, estos adolescentes arrastran sufrimiento a lo largo de su vida, hasta que lo pueden arrostrar:

- Porque las conductas que manifiestan "aparentan" ser intentos, en forma de ensayo-error, para llegar a conseguir algo de una forma equivocada. O al menos, de una forma inadaptada con lo establecido socialmente.
- Porque les duele hablar de lo que sienten y lo 'taponan' con actuaciones impulsivas, sin pensar lo que hacen y haciendo, la mayoría de las veces, lo que no piensan.
- Porque cuando se paran a hablar y a reflexionar, sólo son capaces de ver los errores que cometen, muy focalizados en ellos. Ven menos las posibilidades de cambiar y las consecuencias del cambio, los esfuerzos que pueden hacer para lograrlo y los beneficios que pueden conseguir. Es como si el pensamiento, una y otra vez, les llevase a hacer lo que piensan y les mantuviera en el error. Posiblemente, las profecías autocumplidas o el efecto Pigmalión, tengan mucho que ver en este fenómeno.
- Porque es posible que la impaciencia, normal en el adolescente, les haga caer nuevamente en estos errores.
- Porque son los chavales (Cuando hablo de chavales o chavalas, me refiero a los adolescentes con TC) con los que trabajo a diario, con los que me comunico, a los que cuido.
- Porque pienso que sufren aunque no lo nombren así.
- Porque considero que su conducta está determinada o condicionada por su desesperación, aislamiento, soledad, confusión; en definitiva una gran desorientación vital.
- Porque pienso que hacen lo que pueden y saben, obteniendo con ello algo de la atención y dedicación que necesitan y piden.
- Porque analizando y desglosando su conducta en un análisis funcional rápido, el miedo y la ira (proceso emocional) y el temor o la hostilidad (proceso cognitivo) lo traducen en agresividad (proceso conductual) y la destinan a ellos o a los demás, obteniendo una forma de refuerzo o un castigo conductualmente hablando.
- Porque estas conductas, aunque no suelen saberlas explicar, se mantienen escondidas o reprimidas, respondiendo cada vez a la incapacidad de afrontarlas. Esto es entendido por el entorno, casi siempre como "llamar la atención". Y es juzgado tan negativamente que condiciona las actitudes del personal de la salud. De esta forma la interacción con ellas y ellos suele ser de rechazo, generalmente claro y abierto. Las conductas obedecen unas veces, a la petición de ayuda para buscar soluciones.

como necesidad de apoyarse en otros a modo de prolongación de su propia mente esta vez, en lugar de cuerpo. Otras veces obedece al intento de solución, aliviando emociones molestas tales como angustia, rabia o desesperación. O huyendo de los sentimientos inaguantables: ansiedad, hostilidad o tristeza.

El origen de este sufrimiento parte de sentirse abandonados, sin guía, sin apoyo de figuras afectivas, importantes para ellos, que no cubren sus expectativas. Precisamente por la falta de límites, atención, corrección y orientación a lo largo de la vida. Es decir, de niños han conseguido todo cuanto han querido, a través de berrinches y/o pataletas. Estos han ido modelando la manera de acercamiento de los padres a los hijos: "no quiere", "no me deja", "se pone como una fiera", "he hecho de todo",... y comentarios por el estilo depositan la responsabilidad de la relación en el propio niño.

Inicialmente con el recién nacido, la relación con sus padres se hace de manera continua, acariciándole, tocándole, susurrándole, cantándole, besándole, abrazándole, meciéndole y cubriendo sus necesidades fisiológicas más primarias: comida, eliminación, higiene, sueño.

Las atenciones extras pueden hacerse de dos formas:

1. De manera proactiva, acercándose a la cuna y valorando qué necesidades tiene o cómo se encuentra el bebé.
2. De manera reactiva, a demanda y a partir del llanto. Cuando el niño necesita algo o se siente molesto, la respuesta de la madre suele ser inmediata. A veces, el padre u otros (hermanas-os, tías-os, abuelas-os) familiares muy próximos también atiende estas llamadas.

Desde estos primeros momentos, el aprendizaje del bebé y de sus padres, es mutuo. Cualquier gesto es interpretado desde la perspectiva del adulto: "¿tendrá dolor?", "tiene que acostumbrarse a estar solo, en la cuna", "¿tiene hambre?", "no le cojas mucho para que no se acostumbre",...

En esta interacción 'llanto-actuación de los padres', hay una forma de control del niño hacia los padres. Y una tranquilidad de los padres hacia el niño: "está tranquilo".

Por otro lado, el temperamento del niño (su herencia genética o la determinación de su sistema cerebral), como lo recogen Kazdin y Buela,²² puede ser de tres tipos: blando, intermedio y duro. Lo que supone la facilidad o dificultad para el aprendizaje, la disponibilidad para los cambios. Con ello, el establecimiento de rutinas será más o menos complejo, en el sentido de necesitar más o menos intentos o atenciones para realizarlos.

Establecer rutinas es una forma de facilitar el aprendizaje, y con ello el control. Es decir, los horarios para comer y dormir, las rutinas de la higiene y la eliminación facilitan que el niño sepa qué viene ahora y a continuación. De aquí la importancia de establecerlas desde los momentos más iniciales y continuarlas a lo largo de la infancia.

"Come/Duerme cuando quieras o tengas ganas, lo que te apetezca", supone aprender en base a una "falta de control" por parte del adulto (orientación/corrección) para adaptarse al medio.

Parece que al principio todo es cuerpo y todo está mediado por el cuerpo. Y seguro que también al final. Ciertamente es que sin cuerpo no hay posibilidad de nada más. Es decir, siguiendo a Damasio¹¹ en su hipótesis del marcador somático.

Los marcadores somáticos son un caso especial de sentimientos generados a partir de emociones secundarias que han sido conectados por aprendizaje, a resultados futuros predecibles de determinados supuestos. Así contribuyen a aumentar considerablemente la precisión y la eficiencia de la toma de decisiones. Cuando un marcador somático negativo se yuxtapone a un determinado resultado futuro, la combinación funciona como un timbre de alarma. En cambio, cuando lo que se superpone es un marcador somático positivo, se convierte en una guía de incentivo. A veces operan de forma encubierta en un bucle "como si".¹¹

Cuando las rutinas se establecen desde los primeros momentos, las limitaciones, la insistencia y la frustración se van aprendiendo y con ello las consecuencias. Posiblemente seguimos aprendiendo buscando consecuencias en las consecuencias y esto a la vez se convierte en el origen de las nuevas inquietudes. ¿Qué ocurrirá si hago/pienso algo con lo que volveré a frustrarme? ¿Qué puedo hacer/pensar para no frustrarme? ¿Qué es lo que hace que me frustre? Etc.

Cualquier emoción, por los cambios Fisiológicos que provoca, repercute sobre determinadas zonas del cuerpo y la repercusión es consciente cuando se aprende a atender las sensaciones que alertan de la emoción. El sentimiento que le acompaña se categorizará como agradable o desagradable según las consecuencias acarreadas y categorizadas en este mismo sentido. La manifestación de la tristeza es diferente que la rabia o que la alegría.

Considero que tienen un sufrimiento individual, personal, por el hecho de sentirse infelices, solos, distintos, impotentes para solucionar muchos problemas. Incluso para seguir con su vida. A veces desesperación porque no les gusta su vida, ni lo que hacen con ella. Por el hecho de verse desarmados ante sus dudas, la angustia que les invade cuando se encuentran sin salidas, la frustración de la tristeza y la soledad, expresada con rabia la mayoría de las veces.

Y la familia que influencia tiene en todo esto? ¿Qué repercusiones tiene todo esto para la familia?

Posiblemente esté íntimamente relacionado. Pero en principio, quiero ver lo individual, la experiencia personal. Una posibilidad es concluir que el influjo de la familia (educación, valores, ideología, etc.) sea el que determina esta forma de experimentar el sufrimiento; entonces qué diferencia hay con otros hermanos o miembros de la misma familia. Sabiendo que las relaciones son uno a uno y cada uno en su tiempo y circunstancias, ¿qué ocurre para que unos se manifiesten y expresen así y otros de forma tan diferente?

A partir de aquí pienso que sería posible ver la perspectiva social y socializada del sufrimiento, explorando los efectos del

sufrimiento en el trastorno y los del trastorno en el sufrimiento. Quizás este fenómeno de influencias y repercusiones es otra manera de explorarlo, estableciendo a priori un inicio (el individuo o la familia) a partir del cual llegar a conclusiones similares o diferenciales.

El sufrimiento individual pienso que surge del hecho de intentar diferenciarse de la familia, en tanto que representa la norma establecida y la guía de actuación adecuada, con la que el adolescente discrepa. Y mejorar, impulsándole hacia la búsqueda de nuevos u otros argumentos de relación y acción, rompiendo con lo clásico o habitualmente establecido en una forma de "cansancio de convivencia" por la falta de acuerdo o discrepancia, habitualmente censurada y/o castigada.

En este sentido, el sufrimiento se convierte en un argumento para mejorar; un impulso de búsqueda de alternativas con las que vivir más a gusto con los propios planteamientos, surgidos de una experiencia desde una perspectiva diferente.

Surgen varias hipótesis, a partir de múltiples preguntas:

- ¿Qué ocurre para que incurran en conductas tan "antisociales" y carentes de empatía? Una forma de autoafirmación de su inconformismo frente a quienes consideran conformistas?
- ¿Qué es antes el trastorno o el sufrimiento? Y con ello, desde el punto de vista del adolescente ¿cómo influye la familia en todo esto? Y ¿cuáles son las repercusiones para ambos?

Las cosas importantes para los adolescentes con trastorno de conducta

- La familia con quien compartir intimidad. Aunque de momento el rechazo sea abierto y la oposición franca.
- Disponer de dinero para relacionarse y disfrutar. Elemento fundamental por el cual suelen tomar decisiones muy equivocadas: robar y vender, traficar, etc.
- Trabajar o prepararse para trabajar como elemento de seguridad futura. Pero la exigencia de la formación requiere un esfuerzo costoso; una frustración más en un entorno de intolerancia a la frustración.
- Los amigos y las novias como referentes de su identidad grupal, socialización, incorporación al mundo de los adultos con todos los ritos iniciáticos: poder y decisión, diversión, consumismo, sexo, alcohol, independencia, responsabilidad.
- La fiesta como elemento de diversión y ocio, relación y socialización.
- El deporte competitivo, socializador, reto y enfrentamiento, superación personal. Pero no lo hacen porque requiere esfuerzo, autocontrol y tolerancia a la frustración, que de momento no tienen o cuentan con muchas carencias.
- Las peleas para conseguir lo que quieren, demostrar las diferencias y hacerse respetar en un entorno de crisis y formación de identidad.

Referencias bibliográficas


1. Marqués-Andrés S. Cuando los costes invisibles de la enfermedad los pagan las familias: el caso de la esquizofrenia. Evidentia [Internet] 2005 may-ago; 2(5): [Aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/126articulo.php> [Citado 28 Enero 2012].
2. Marqués-Andrés S, Barrasa-Santamaría L, Amundarain M, Landa M. Protocolo de apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta ingresados en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Psiquiatría.com [Internet] 2007 feb. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4173> [Citado el 28 de enero de 2012].
3. Marqués-Andrés S, Barrasa-Santamaría L, Amundarain M, Landa M. Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta. Norte de salud mental. 2007 jun; 28: 69-74.
4. Marqués-Andrés, S. Cuidar, cuidado y Enfermería: El cuidado como valor ético. Temperamentvm [Internet] 2010 ene-jun; 6(11): [Aprox. 10 p] Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentvm/tn11/t7370.php> [Citado 29 Enero 2012].
5. Marqués-Andrés S. Entender a quien se autolesiona es apoyarle para cambiar su conducta dañina. Evidentia [Internet] 2011 ene-mar; 8(33): [Aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n33/ev3308.php> [Citado 29 Enero 2012].
6. Marqués-Andrés, Susana. ¿Son útiles los programas de prevención de la violencia en el trabajo? Evidentia [Internet] 2011 ene-mar; 8(33): [Aprox. 10 p] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n33/ev3309.php> [Citado 28 Enero 2012].
7. Marqués-Andrés S, Barrasa-Santamaría L. Contención verbal: prevención primaria de la hostilidad. Metas de Enferm 2011; 14(7): 14-18.
8. Marqués-Andrés S. La frecuencia y gravedad de los incidentes agresivos en psiquiatría requieren intervenciones preventivas. Evidentia [Internet] 2011 jul-sep; 8(35). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n35/ev3503.php> [Citado 28 Enero 2012].
9. Marqués-Andrés S. Controlar la hostilidad a través de técnicas de comunicación. Presencia [Internet] 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n1/1articulo.php> [Citado 27 Noviembre 2011].
10. Del Barrio V, Spielberg CD, Aluja A. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Manual. Madrid: TEA; 2005.
11. Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Crítica; 2009.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
13. Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson DD, Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1991.
14. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.Costa, M.; López, E.: Manual para el educador social. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
15. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. 5ª Edición. Madrid: Siglo XXI; 2002.
16. Costa M, López E. Manual para el educador social 1 y 2. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
17. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Elsevier Masson; 1990.
18. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Basilea: Consejo Internacional de Enfermería, 1971.
19. Peplau H. Theory of Interpersonal Relations. Current Nursing. Disponible en http://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html [Consultado el 20 de dic de 2011].
20. Liberman R. Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta. 4ª Edición. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
21. Lineham M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. 5ª Impresión. Barcelona: Paidós; 2011.
22. Kazdin A, Buela G. Conducta antisocial. Madrid: Pirámide, 2002.



[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

| [Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca](#)
[Cantánda](#) | [Index Solididad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [quid-INNOVA](#) | [Casa de Máquina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 

Bilbao, a 13 de Septiembre de 2013
Susana Marqués Andrés